

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**AVALIAÇÃO INICIAL DO FAMILIAR CUIDADOR: ESTUDO
DE ADEQUAÇÃO DE UM INSTRUMENTO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Teresa Martins

Co-orientação:

Professor Paulo Puga

DILMA DA CONCEIÇÃO SOBRINHO PEREIRA

PORTO | 2012

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Martins, pela disponibilidade, orientação, reflexão, rigor na condução do estudo e apoio incondicional em todos os momentos. Muito obrigada.

Ao Professor Paulo Puga, pela co-orientação, acompanhamento, clareza e rigor na condução do estudo.

Às Professoras Maria José Peixoto e Fátima Araújo, pela colaboração no estudo, incentivo e disponibilidade.

Às colegas de Mestrado, Teresa e Marta pela colaboração, incentivo, amizade e apoio em todos os momentos.

Ao Conselho de Administração e Direcção de Enfermagem da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Aos Enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora pela colaboração na realização deste estudo.

Aos familiares cuidadores e aos utentes com dependência que permitiram a realização deste estudo e que contribuíram para o meu crescimento profissional.

Aos amigos que sempre me apoiaram e incentivaram. Muito obrigada.

À família - marido, pais e irmão - por serem o meu pilar, por me ajudarem sempre nos momentos mais difíceis e por acreditarem sempre que seria capaz.

Ao meu filho Diogo, o meu príncipezinho, pelo seu sorriso me dar força para lutar todos os dias.

Muito obrigada!

Abreviaturas e Siglas

ABVD - Actividades Básicas de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

Cont. - Continuação

C.S. - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral de Saúde

C.N.P.D - Comissão Nacional de Protecção de Dados

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

GAIF - Grupo Associativo de Investigação em Feridas

ICN - International Council of Nurses

N.º - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

p. - página

% - Percentagem

QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCSH - Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos

INDICE

INTRODUÇÃO	17
PARTE 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1. DESEMPENHO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR.....	23
1.1. A Transição para o Papel de Familiar Cuidador.....	29
1.2. A Sobrecarga no Exercício do Papel	35
1.3. A Avaliação Inicial e as Implicações nas Práticas de Enfermagem	37
PARTE 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	43
2. MÉTODO	45
2.1. Justificação do Estudo.....	45
2.2. Desenho do Estudo	48
2.3. Contexto e Participantes.....	49
2.4. Materiais.....	50
2.5. Procedimentos.....	52
2.6. Análise dos Dados	54
2.7. Considerações Éticas.....	55
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	57
4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS.....	97

ANEXO 1 - Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e à respectiva Comissão de Ética

ANEXO 2 - Autorização da Comissão Nacional de Protecção de dados para a realização do estudo

ANEXO 3 - Consentimento Informado

ANEXO 4 - Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

ANEXO 5 - Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora com os resultados estatísticos para apreciação dos peritos

ANEXO 6 - Resumos das reuniões com o grupo de peritos

ANEXO 7 - Formulário versão experimental 1

ANEXO 8 - Formulário versão experimental 2

ANEXO 9 - Manual de preenchimento do Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador (versão experimental 2)

ANEXO 10 - Formulário versão 3 Final

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização Sócio-demográfica do idoso com dependência ..	59
Quadro 2: Caracterização Sócio-demográfica do Familiar Cuidador	65
Quadro 3: Competências na Prestação de Cuidados	71
Quadro 4: Itens Eliminados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH	77
Quadro 5: Itens Alterados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH	77
Quadro 6: Itens Acrescentados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH	78
Quadro 7: Itens Eliminados no Formulário versão experimental 1	79
Quadro 8: Itens Alterados no Formulário versão experimental 1	79
Quadro 9: Itens Acrescentados no Formulário versão experimental 1	81

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com a idade e o sexo	60
Gráfico 2: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com início da dependência.....	61
Gráfico 3: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com o Índice de Barthel	62
Gráfico 4: Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a idade e o sexo.....	66
Gráfico 5: Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) ...	75

RESUMO

Avaliação Inicial do familiar Cuidador: estudo de adequação de um instrumento

PROBLEMÁTICA: O desempenho do papel de familiar cuidador por parte da família, coloca grandes exigências tanto a nível individual como familiar. Este processo tem merecido uma atenção crescente por parte dos profissionais de saúde nomeadamente dos enfermeiros no sentido de fornecer apoio psicossocial capacitando a família para a prestação de cuidados, passando este foco a ser uma das suas prioridades actuais. Deste modo surge a necessidade de serem criados instrumentos de avaliação inicial do familiar cuidador adequados e fundamentados de modo a poder delinear estratégias de intervenção eficazes ajustadas às necessidades dos mesmos. A investigação sobre esta temática torna-se de facto relevante para que os enfermeiros tenham um conhecimento formal sustentado de forma a exercerem eficazmente a sua prática. Coloca-se assim a pertinência de desenvolver instrumentos de avaliação para familiares cuidadores que caracterizem e identifiquem as suas necessidades para deste modo ser possível, através de programas sistematizados, ir de encontro às reais necessidades identificadas. Pretende-se também, diminuir as consequências físicas e psicológicas decorrentes do exercício do papel e permitir que o familiar cuidador desenvolva mestria na prestação de cuidados ao familiar com dependência.

OBJECTIVO: Com este estudo pretende-se analisar a adequação e pertinência de um instrumento de avaliação inicial do familiar cuidador utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora.

MÉTODO: O estudo apresentado caracteriza-se por um estudo do tipo misto, com recurso a técnicas quantitativas e qualitativas. Numa primeira fase foram analisados os dados relativos à avaliação inicial de 80 idosos com dependência e seus familiares cuidadores. Numa segunda fase, a informação recolhida foi resumida, hierarquizada e submetida a um painel de peritos que ajuizaram sobre a adequação e pertinência da mesma, propondo alterações ao instrumento inicial.

RESULTADOS: Numa perspectiva global o documento de avaliação inicial mostra estar adaptado e ser pertinente para fazer uma avaliação do familiar cuidador, do idoso com dependência e do contexto de cuidados. Através da avaliação do painel de peritos foram propostas alterações ao modelo de registo da avaliação inicial, no sentido de, identificar áreas específicas onde o familiar cuidador apresenta dificuldades e necessidades de formação.

CONCLUSÃO: A utilização de instrumentos de avaliação inicial do familiar cuidador é essencial no sentido de identificar necessidades, delineando estratégias de intervenção que permitam um desempenho adequado e eficaz do papel de familiar cuidador. Os programas de intervenção devem ser considerados como veículos de apoio e de informação necessária à prestação de cuidados. Disponibilizar ajuda profissional, assistir o familiar cuidador a consciencializar-se da transição e a envolver-se na prestação de cuidados, bem como dotar o mesmo de conhecimentos e capacidades, incentivando-o a promover a autonomia do outro, constituem um pilar fundamental dos cuidados de enfermagem. Todos os resultados que promovam a consciencialização dos profissionais de saúde nesta área são determinantes para a melhoria da prática clínica e para futuros estudos.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação inicial do familiar cuidador, papel do familiar cuidador, competências do familiar cuidador e idoso com dependência.

ABSTRACT

Family caregivers: study of appropriateness of an initial assessment instrument

PROBLEM: To be a family caregiver, brings great demands to individual and to her/his family. This process has received increasing attention by health professionals including nurses in order to provide psychosocial support enabling the family to care, with this being a focus of its current priorities. Thus it is necessary to develop tools for initial assessment of the family caregivers that are appropriate and justified to do effective intervention strategies tailored to hers or his needs. Research on this issue becomes relevant to the fact that nurses have held a formal knowledge in order to exercise effectively its practice. It is relevant the developing of assessment tools for family caregivers to characterize and identify their needs to be possible in this way, through systematic programs, meet the real needs. We also want to reduce the physical and psychological consequences resulting from the exercise of the role and allow the family caregiver to develop mastery to provide care to the person with a handicap.

AIME: This study aims to assess the adequacy and appropriateness of an assessment tool for the family caregiver used in a Public Community Centre Care.

METHOD: In this study we used a mixed research type design, using quantitative and qualitative techniques. In the first phase the data from caregiver's initial assessment from a Public Community Centre Care were statistically analyzed. The sample consisted of 80 participants representing approximately 25% of the target population under study. In a second step, the information collected was summarized, prioritized and submitted to an expert's panel, who filed the adequacy and appropriateness of it, proposing changes to the original instrument.

RESULTS: It was found that the family caregiver has knowledge gaps in some areas of instrumental self-care. Through the evaluation of the experts' panel it was proposed a new model for registration of the initial evaluation. It has been created a scale for assessing the caregiver skills, which identifies specific areas where the family caregiver has difficulties.

CONCLUSION: The use of assessment tools for the family caregiver is essential to identify needs, outlining intervention strategies that allow a proper and effective role of the family caregiver. Intervention programs should be considered as vehicles of support and information necessary for providing care. All results that promote awareness of health professionals in this area are essential to improve clinical practice and future studies. Provide professional help, assist the family caregiver to be aware of the transition and become involved in care, as well as provide them knowledge and skills, encouraging them to promote the autonomy of the other, constitute a fundamental pillar of nursing care. All results that promote awareness of health professionals in this area are essential to improve clinical practice and future studies.

KEYWORDS: Family caregiver, role of family caregiver, family caregiver skills and dependency.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho decorre na sequência de um estudo de investigação realizado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem Porto e pretende retratar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no domínio da investigação, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem. *A Ordem dos Enfermeiros assume, entre outras, a missão de promover a defesa da qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem e entende que a investigação em enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato* (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p. 2).

A investigação em enfermagem é considerada ainda um processo científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspectos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e severa (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 2).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 10) os enfermeiros, no processo de tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções devem incorporar *os resultados da investigação na sua prática*, constituindo-se como uma *base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*.

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8). Tendo por base este conceito, os enfermeiros procuram, *ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8 e 9).

As actuais políticas de saúde centram os cuidados ao idoso com dependência no seu contexto domiciliário, passando a família a assumir a

responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares com dependência, reconhecendo-se a sua importância enquanto prestadora de cuidados. Este facto é reforçado pela criação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são equipas que asseguram entre outros cuidados, apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas e apoio no desempenho das actividades instrumentais de vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, artigo 27º). Neste contexto é pois necessário a existência de uma articulação estreita entre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e os familiares cuidadores com o objectivo de os dotar das competências necessárias, capacitando-os para a prestação de cuidados, bem como fornecer apoio psicossocial, passando este foco a ser uma das suas prioridades actuais.

Tendo em conta esta realidade, a Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH) está a dinamizar desde Dezembro de 2009 um "Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados", da responsabilidade da investigadora. Este projecto de enfermagem tem a finalidade de promover uma transição saudável para o papel do familiar cuidador, sendo que, a sua população alvo são os familiares cuidadores de idosos com dependência da área de abrangência da UCCSH. De modo a poder fazer uma avaliação do familiar cuidador e do idoso com dependência foi elaborado um instrumento de avaliação inicial sob a forma de formulário. Este modelo de registo da informação inicial foi desenvolvido empiricamente segundo a informação que se julgava ser pertinente. Ao longo de um ano foi recolhida informação junto do familiar cuidador e do idoso com dependência através do referido formulário de forma a identificar as necessidades de cuidados de enfermagem e a elaborar um plano de enfermagem adequado às necessidades identificadas. Passado um ano de desenvolvimento deste projecto pretende-se fazer uma avaliação sobre a pertinência e utilidade do referido instrumento. Assim, numa primeira fase analisaremos os dados recolhidos, uma vez que estes nunca foram analisados, e numa segunda fase, uma avaliação, através de um grupo de peritos, da adequação e pertinência do instrumento.

A avaliação do familiar cuidador revela-se pertinente desde o instante em que é comprovada a necessidade de execução do papel de cuidador. Por este motivo, o profissional de enfermagem deverá ser capaz de realizar uma avaliação inicial do familiar cuidador para que este se sinta apoiado, e deste modo desenvolva segurança no exercício do seu papel. De acordo com Feinberg (2004), a

avaliação das linhas base do familiar cuidador pode orientar, traçar e dar prioridade a intervenções no sentido de ultrapassar dificuldades, usando apropriadamente a ajuda informal e formal.

Este estudo de investigação assenta na importância de efectuar uma avaliação adequada e fundamentada sobre o familiar cuidador de modo a poder delinear estratégias de intervenção eficazes ajustadas às necessidades dos mesmos. A investigação sobre esta temática torna-se de facto relevante para que os enfermeiros tenham um conhecimento formal sustentado de forma a exercerem eficazmente a sua prática.

Os principais conceitos deste estudo são o familiar cuidador, membro da família prestador de cuidados, avaliação inicial do familiar cuidador, papel do prestador de cuidados e competências¹ do prestador de cuidados, sendo estes operacionalizados num dos capítulos deste trabalho.

O estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria da qualidade das terapêuticas de enfermagem na optimização do papel de familiar cuidador de idosos com dependência no autocuidado.

Os objectivos traçados foram os seguintes:

Na fase inicial:

- Analisar a informação recolhida através do formulário usado na recolha de informação inicial;

Na segunda fase:

- Analisar a adequação e a pertinência do instrumento de recolha de dados utilizado na UCCSH no Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados;
- Propor, face aos resultados, alterações que se julguem pertinentes.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em 2 partes. Inicialmente é desenvolvido o enquadramento conceptual, que dá suporte ao estudo, onde são descritos os principais conceitos associados à temática, descrevendo o estado da arte actual e de que forma a teoria das transições serve de suporte ao estudo. De seguida é efectuada a abordagem metodológica, que inclui a justificação do estudo, o desenho, descreve o contexto e os participantes, os materiais e os procedimentos utilizados, bem como as considerações éticas que foram tidas em atenção. Posteriormente é apresentada a análise e tratamento dos dados, bem como a discussão dos resultados obtidos. Por fim, são apresentadas as considerações finais onde se incluem as conclusões e as sugestões mais pertinentes que emergiram da pesquisa.

¹ Para efeitos do presente trabalho foi traduzido o termo inglês *skills* por competências.

A elaboração deste estudo de investigação pretende ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento da investigação e aplicação dos seus resultados, em benefício dos familiares cuidadores e das instituições. Deste modo pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, profissionalizando o “cuidar”.

PARTE 1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. DESEMPENHO DO PAPEL DE FAMILIAR CUIDADOR

Um dos desafios que se coloca ao exercício profissional dos enfermeiros é promover a aquisição de competências do familiar cuidador, ajudando-o a transitar para este papel de uma forma saudável. Este desafio assume uma maior relevância quando associado à problemática da sociedade actual. No mundo contemporâneo, o envelhecimento transformou-se numa questão social e política, com grande impacto nos mais variados domínios da sociedade, sendo necessário criar formas assistenciais que garantam uma melhor qualidade de vida e bem-estar da população idosa.

As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e por vezes inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias desafios para os quais não estavam preparados (Direcção Geral de Saúde, 2004, p. 3).

De acordo com as estimativas do INE (2009), residem em Portugal 10 144 940 habitantes, 15% dos quais têm menos de 15 anos e 18% idade igual ou superior a 65 anos. Para 2020, prevê-se que a população diminua 2%, que a proporção de jovens (0-14 anos) decresça para os 13,8% e a de idosos (≥ 65 anos) aumente para os 20,6% (Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Perfil da Saúde em Portugal (versão discussão), p. 2).

Segundo a mesma fonte, na última década (1999-2009) os índices de dependência dos idosos e de longevidade aumentaram, a taxa de crescimento natural passou a ser negativa, o índice sintético de fecundidade tornou-se cada vez menor e a não permitir a renovação de gerações. Esta inversão da pirâmide etária, quer pela base (que diminui), quer pelo topo (que aumenta), cria novos desafios ao nível da organização da sociedade em geral e do sistema de saúde em particular. Como tal, tem surgido uma maior necessidade da família tomar conta dos seus familiares doentes ou incapacitados, reconhecendo-se a sua importância enquanto prestadora de cuidados.

Os progressos científicos e tecnológicos das últimas décadas no campo da Saúde, em conjunto com as alterações assistidas a nível socioeconómico,

promoveram uma melhoria significativa na qualidade de vida e no bem-estar dos indivíduos, levando ao aumento da esperança média de vida. Este facto aliado à baixa taxa de natalidade está na base do envelhecimento da população (Martins, 2006), que conduz a um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes. Consequentemente, os familiares são chamados a assumirem o papel de familiares cuidadores, para suprirem as necessidades manifestadas (Martins *et al.*, 2003). É neste contexto que a Enfermagem desempenha um papel primordial e preponderante ajudando os membros da família na transição para o papel de familiar cuidador, passando este foco a ser uma das suas prioridades actuais.

A tarefa da prestação de cuidados à pessoa com dependência é, de uma maneira geral, da responsabilidade dos membros femininos mais próximos (esposa, filhas, noras). As mulheres são manifestamente o grupo que está em maior risco de sobrecarga, exactamente pela razão de terem maior probabilidade de virem a desempenhar o papel de familiares cuidadores. Uma das principais razões que leva a que a maioria dos familiares cuidadores seja mulheres tem a ver com o papel social da mulher e com a cultura do país. Isto favoreceu a concepção de que as mulheres estão melhor preparadas que os homens, têm maior capacidade de abnegação, de sofrimento e são muito voluntárias (Imagínario, 2004).

Apesar das alterações das funções e estruturas familiares assinaladas nas últimas décadas, continuam a ser, na maioria dos casos, os familiares directos do sexo feminino a realizar o papel de familiar cuidador, movidas pelo sentimento de obrigação pessoal/familiar e a solidariedade familiar/conjugal, considerando o cuidar uma obrigação e um dever (Martins *et al.*, 2003). Contudo, a conjectura social actual com as famílias a decrescer em dimensão e em estabilidade, com cada vez mais mulheres a desenvolver actividade profissional fora de casa e com as casas cada vez mais pequenas e mais distantes quer do local do trabalho, quer do local de residência dos familiares, complica a adaptação a este novo papel (Martins *et al.*, 2003).

Uma pessoa que se encontra numa situação de dependência exige a presença de alguém que assuma o papel de cuidador para o ajudar na satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Entende-se por dependência, a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar actividades da vida diária (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, artigo 3º, p. 3857).

Ao longo do estudo é efectuada referência há pessoa que cuida de alguém com dependência sem remuneração, como familiar cuidador. Em vários estudos é feita referência ao familiar cuidador como *family caregiver* (Caregiver Alliance, 2006; Huang *et al.*, 2003; Shyu *et al.*, 2008). Este termo pode ser também apresentado como prestador de cuidados, membro da família prestador de cuidados ou cuidador informal.

Para Andrade e Rodrigues (1999 cit. por Petronilho, 2007, p. 48) o familiar cuidador *é a pessoa da família que assume primordialmente a responsabilidade de promover acções de suporte, que assiste e ajuda um membro da família com necessidades evidentes ou antecipadas, objectivando uma melhoria da qualidade e estilos de vida.*

O conceito de membro da família prestador de cuidados é definido como *Prestador de Cuidados com as características específicas: responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1, 2005).

Segundo Braithwaite (2000, citado por Martins, 2006, p. 102) entende-se por cuidador informal *a pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e pela prestação de cuidados à pessoa dependente.*

Para Sequeira (2010, p. 156) denominam-se de cuidados informais *os que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas uma parte dos mesmos.* Neri e Carvalho (2002, cit. por Sequeira, 2010, p. 157 e 158) diferenciam ainda o cuidador informal em cuidador principal (responsável integral pela prestação de cuidados), cuidador secundário (colabora na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, não tendo a responsabilidade de cuidar) e cuidador terciário (colabora esporadicamente ou quando solicitado, não tendo qualquer responsabilidade no cuidar), sugerindo deste modo a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador. Lage (2007) reforça a ideia que a função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família.

Neste sentido, o conceito de Familiar Cuidador sugere uma designação que vai de encontro à maioria dos cuidadores informais, que são em grande parte dos casos membros da família e torna-se um conceito mais abrangente, na medida em que prevê que não deve existir apenas um único cuidador mas sim uma família cuidadora, que se articula entre si, com o familiar com dependência e com os recursos da comunidade.

Caregiver Alliance (2006) define o termo familiar cuidador (*family caregiver*) como sendo qualquer parente, amigo, parceiro, ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa, e fornece uma ampla gama de assistência, a uma pessoa mais velha ou um adulto com uma condição crónica ou incapacitado. Estes indivíduos podem ser cuidadores primários ou secundários e viver com ou separadamente da pessoa que recebe os cuidados.

O papel de prestador de cuidados pode definir-se como *interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 65).

O desempenho deste novo papel por parte da família, coloca grandes exigências tanto a nível individual como familiar. É a família que assume a responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares com dependência. Este processo complexo tem merecido uma atenção crescente por parte dos profissionais de saúde nomeadamente dos enfermeiros no sentido de capacitar a família para a prestação de cuidados.

Segundo o Decreto-Lei 104/98 cit. por (Silva, 2007, p. 13), *os enfermeiros constituem actualmente uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde com qualidade, em especial cuidados de enfermagem*. Neste contexto o enfermeiro desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de práticas que promovam o envolvimento da família na prestação de cuidados enquanto núcleo privilegiado para o equilíbrio e bem-estar.

É extremamente importante perceber quais são as competências do familiar cuidador para o desempenho do seu papel dado que vai exercer uma função essencial nos cuidados ao seu familiar com dependência.

Bowers (1987, cit. por Martins, 2006, p. 62) define cinco categorias de cuidados informais: cuidados antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protectores. Os **cuidados antecipatórios** referem-se aos cuidados projectados por antecipação às reais necessidades do utente, são cuidados que não apresentam grande visibilidade, podendo passar despercebidos e pressupõem um espírito atento e perspicaz do cuidador. Neste seguimento define também os **cuidados preventivos**, como sendo mais dinâmicos e focalizados num objectivo específico, centrados em aspectos de saúde e segurança, dirigidos a evitar a doença, na qual o cuidador vai procurar, por antecipação, evitar situações

passíveis de pôr em risco o processo de recuperação ou evolução do estado de saúde do utente. Bowers (1987; cit. por Martins, 2006, p. 63) define também os **cuidados de supervisão**, apresentando aspectos mais concretos, activos e directos. Estes implicam acções de resolução de problemas como o acompanhar o doente aos serviços de saúde, vigiar o horário de medicação ou estar atento ao seu estado de saúde e evolução do mesmo. Com um cariz mais operacional, surgem os **cuidados instrumentais**, ou seja, todos aqueles que são prestados ao utente por este se encontrar limitado e impossibilitado da sua execução e realização. Este tipo de cuidados integra actividades mais básicas como por exemplo, providenciar alimentos, confeccionar as refeições, ou mesmo alimentar o doente. Assegurando as actividades básicas de vida diária. Por fim mas não menos importante, surgem os **cuidados protectores** através dos quais, o cuidador terá que procurar proteger aspectos e estruturas emocionais e cognitivas do utente, aspectos como a auto imagem, identidade pessoal, bem-estar emocional da pessoa com dependência, ou seja, são desencadeados mecanismos para que esta não percepcione e tome consciência da sua verdadeira limitação. A inversão de papéis na relação pais - filhos é um exemplo deste tipo de cuidados.

Assim sendo, o familiar cuidador desempenha um papel central no bem-estar da pessoa que recebe os cuidados, sendo que é de extrema importância que ele reconheça e satisfaça as suas necessidades.

Para avaliar as habilidades do familiar cuidador para o processo de cuidar, Schumacher *et al.* (2000) propõe nove indicadores. Estes não apontam concretamente para as capacidades para a prestação de cuidados, mas sim para as dimensões do papel de cuidador. Os indicadores referidos por estes autores são:

- **Monitorizar** - consiste em observar a evolução do doente e as alterações na condição de doença do mesmo;
- **Interpretação** - consiste em atribuir um significado/causa ao que se observa, reconhecendo alterações ao padrão normal;
- **Tomar decisões** - consiste em escolher um caminho de acção baseada na observação e interpretação da situação. Um cuidador hábil é capaz de tomar decisões que não envolvam riscos desnecessários para o doente;
- **Por em prática/ agir** - baseia-se em ser capaz de realizar as decisões e instruções da prestação de cuidados, usando métodos eficazes e organizados, de forma atempada;
- **Providenciar recursos para os cuidados** - consiste em realizar procedimentos médicos e de enfermagem, estando atento à segurança, conforto e qualidade estética;

- **Fazer ajustes** - usar, de forma persistente, múltiplas estratégias, redefinindo os cuidados até encontrar uma solução. Cuidadores menos hábeis tendem a insistir em estratégias que não parecem funcionar;
- **Aceder a recursos** - capacidade para obter o que é necessário para providenciar os cuidados, incluindo informação, equipamento e assistência;
- **Trabalhar em conjunto com o doente** - consiste em partilhar os cuidados relacionados com a doença de maneira a que seja sensível às capacidades tanto do familiar cuidador como do alvo de cuidados. Um cuidador hábil faz uma abordagem gradual, resultando em transições mais suaves na sua relação com o familiar com dependência;
- **Negociação do sistema de cuidados de saúde** - consiste em se certificar que as necessidades do familiar com dependência estão a ser satisfeitas adequadamente. Uma das maiores dificuldades do cuidador é, por exemplo, saber quando telefonar para a enfermeira ou médico.

Foram ainda identificadas pelo mesmo autor, três propriedades inerentes à capacidade para a prestação de cuidados: as capacidades previamente desenvolvidas e adquiridas pelo familiar cuidador, a integração de conhecimentos sobre a pessoa com dependência (preocupações, história pessoal e clínica, aspectos da identidade) e as capacidades desenvolvidas pela família ao longo do tempo, no que concerne a estratégias para resolução de problemas. Pode-se inferir, então, que a prestação de cuidados é eficaz quando conduz ao melhor resultado de cuidados possível, incluindo uma boa gestão de sintomas, prevenção de riscos e detecção precoce de problemas (Schumacher *et al.*, 2000). Esta prestação é tida como suave, quando flui sem qualquer esforço e são melhoradas através da prática e experiência. As conclusões que estes investigadores revelaram são que, a qualidade dos cuidados prestados pela família está inteiramente ligada aos meios de apoio que os familiares cuidadores possuem, tanto nas suas actividades do quotidiano como nas actividades instrumentais, e até mesmo na saúde pessoal. A prestação de cuidados com competência é um aspecto complexo e implica muito mais do que vontade ou motivação para seguir as instruções, envolve uma resolução activa de problemas e não uma postura passiva (Shumacher *et al.*, 2000).

1.1. A Transição para o Papel de Familiar Cuidador

A transição pressupõe um processo de mudança nos estados de desenvolvimento de vida, nas alterações de saúde ou em circunstâncias sociais que implicam respostas por parte das pessoas a estas mudanças. A transição envolve um processo de reorganização em que a pessoa aprende a adaptar-se e a incorporar as novas circunstâncias na sua vida.

As transições são resultado e resultam em modificações nas vidas, saúde, relações e ambientes (Meleis *et al.*, 2000).

Segundo Meleis (2005, cit. por Campos, 2008, p. 20) *assistir o indivíduo, a família ou a comunidade a lidar com as transições que afectam a sua saúde emerge como um desafio para os enfermeiros, antes, durante e após um evento gerador de mudança.*

Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experimentar transições, a antecipar transições ou a completar o acto de transição e a missão da enfermagem deve consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam. Foram identificados quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem com os clientes individualmente ou com as famílias: desenvolvimento (associadas a mudanças no ciclo vital); situacional (associadas a acontecimentos que impliquem alterações de papéis); relacionadas com situações de saúde/doença e organizacional (Meleis *et al.*, 2000).

A passagem para o papel de familiar cuidador é reconhecida como um processo de transição. Neste sentido, é fundamental que se conheça como se processa esta transição, que condições estão presentes e que competências desenvolvem os membros da família para cuidar do seu familiar.

A transição vivenciada pelo familiar cuidador é uma transição que pode ser enquadrada dentro de dois dos tipos: **a transição do tipo saúde/doença** e a de **carácter situacional**. A transição saúde/doença vivenciada pelo familiar com dependência acaba por se reflectir na família, em particular no familiar cuidador que vivencia igualmente uma transição deste tipo. A transição situacional acontece quando não está inerente ao ciclo vital da pessoa, dado que nem todas as pessoas desempenham o papel de familiar cuidador ao longo da sua vida.

Tendo em conta a teoria de Meleis *et al.* (2000), trata-se de uma **transição complexa**, dotada de um **padrão múltiplo e simultâneo**, dada a enorme possibilidade da ocorrência de outras transições concorrentes com esta, decorrentes por exemplo, da adequação de outros papéis desempenhados pelo

familiar cuidador, tais como o seu emprego, as possíveis consequências para o seu auto-conceito e auto-estima e ainda a considerável diminuição do seu tempo livre para outras actividades. O familiar cuidador desempenha uma grande diversidade de tarefas, sendo que muitas delas passam pelo suporte em actividades instrumentais da vida diária (arrumar e limpar a habitação, fazer compras, pagar contas, etc.), assistência nas dificuldades funcionais de autocuidado (assegurar higiene pessoal, comer, vestir, etc.), apoio emocional à pessoa com dependência, companhia, assim como, lidar com as pressões decorrentes do papel de prestador de cuidados (Martins, 2006).

As transições são complexas e multidimensionais, sendo caracterizadas por diversas **propriedades**. A **consciencialização** (Awareness) está relacionada com a percepção, o conhecimento e reconhecimento da experiência da transição. O nível de consciencialização reflecte frequentemente o grau de congruência entre o que se sabe sobre processos e as respostas existentes e aquilo que constitui um conjunto de respostas esperadas e as percepções dos indivíduos sujeitos a transições similares (Meleis *et al.*, 2000). A falta de consciencialização significa que o indivíduo pode não estar preparado para a transição (Meleis *et al.*, 2000). É necessário que o familiar cuidador, tenha consciência das mudanças que estão a correr.

Outra das propriedades das transições é o nível de **envolvimento** que cada pessoa demonstra no processo de transição. Há exemplos de envolvimento como a procura de informação, a utilização de modelos, a preparação activa e a modificação proactiva de actividades. O nível de consciencialização influencia o nível de envolvimento e este pode não acontecer na ausência de consciencialização (Meleis *et al.*, 2000).

Todas as transições envolvem mudança. *Para perceber a transição é necessário descrever os efeitos e os significados da mudança. As dimensões das mudanças devem ser exploradas, incluindo a natureza, a temporalidade, importância percebida e as normas e expectativas pessoais, familiares e sociais* (Meleis *et al.*, 2000, cit. por Campos, 2008, p. 29). A mudança pode estar associada a **eventos críticos** ou desequilíbrios, que proporcionam ruptura nas rotinas, ideias, percepções e identidade (Meleis *et al.*, 2000).

Os pontos críticos estão, normalmente, associados ao aumento da consciencialização da mudança e diferença ou a um envolvimento mais activo para lidar com a experiência de transição. Também existem pontos críticos finais, caracterizados pelo sentido de estabilidade em novas rotinas, capacidades, estilos de vida e actividades de autocuidado (Meleis *et al.*, 2000).

Para compreender de que forma o familiar cuidador experiencia o processo de transição, é necessário descobrir as **condições pessoais, comunitárias e sociais** que facilitam e/ou retraem uma transição saudável. Segundo Meleis *et al.* (2000, cit. por Petronilho, 2007), as condições pessoais, os significados, as crenças e atitudes culturais, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento, são factores condicionantes da transição.

A preparação prévia facilita a experiência da transição, e a falta de preparação, dificulta. Inerente à preparação está o conhecimento sobre o que esperar durante a transição e quais as estratégias que podem ajudar na gestão da situação. Os recursos da comunidade e as condições da sociedade podem igualmente dificultar ou facilitar a transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

A transição acarreta diferentes ajustes sociais, pessoais, económicos, entre outros, que ajudam o enfermeiro a reconhecer se a progressão do familiar cuidador é adequada ou não à situação em causa, assim sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping são **indicadores de processo** (Meleis *et al.*, 2000).

O conhecimento e a procura dos recursos da comunidade são indícios de um processo de transição bem delineado, pois indicam-nos que o familiar cuidador consegue resolver os obstáculos, identificando as situações onde a ajuda profissional é necessária.

Os **indicadores de resultado** permitem determinar o momento em que a transição se completa e normalmente não se verificam na fase inicial da transição. Os padrões de resposta dos indicadores de resultado incluem: **a mestria e a integração fluida da identidade** (Meleis *et al.*, 2000). Uma transição completamente saudável é determinada pelo nível de mestria que o familiar cuidador demonstra. Esta reflecte-se no domínio das competências e comportamentos necessários para lidar com novas situações. *A integração fluida da identidade está associada ao facto de as pessoas que vivenciam transições integrarem novos comportamentos, experiências e competências que transformam a sua identidade levando a uma melhor adaptação à realidade após a transição* (Chick & Meleis, 1986; Meleis *et al.*, 2000, cit. por Campos, 2008, p. 31). Se o familiar cuidador tem um bom desempenho das suas funções, é porque identifica e manifesta uma integração fluida das suas competências.

Compreender as propriedades e condições inerentes a um processo de transição conduzirá ao desenvolvimento de terapêuticas de Enfermagem adequadas às experiências únicas dos clientes e suas famílias (Meleis *et al.*, 2000).

O desafio para a enfermagem é entender os processos de transição e desenvolver terapêuticas efectivas que ajudem a recuperar a estabilidade e o bem-estar, consonantes com o projecto de saúde individual (Schumacher & Meleis, 1994, cit. por Campos, 2008, p. 32).

Outros autores também identificam o processo de transição do familiar cuidador. Shyu (2000) descreveu este processo através de três fases.

A primeira fase denominada de **Role Engaging** ou **Fase de Envolvimento** caracteriza-se pelo processo em que o familiar cuidador se prepara para iniciar o seu papel. Assim nesta fase as necessidades estão relacionadas com a informação de saúde: condição de saúde do familiar com dependência, incluindo a patologia, progressão da doença, tratamento e diagnóstico; informação relativa à monitorização e gestão dos sintomas; informação sobre a prestação de cuidados ao familiar com dependência, no qual estão incluídos dados relativos à assistência nas actividades de vida diárias, à administração de medicação e à promoção de conforto e por último informação relativa à gestão e forma de actuação/intervenção do familiar cuidador em situações de emergência. O apoio e suporte social são necessidades igualmente referidas nesta fase pela grande maioria dos cuidadores, uma vez que as famílias não se sentem confiantes das suas competências para prestar bons cuidados. Nesta fase, o profissional de saúde deverá fornecer toda a informação solicitada e garantir que a informação é apreendida pelo familiar cuidador. Os profissionais de saúde devem ter em conta todas as necessidades existentes de modo a poder actuar em todos os momentos críticos da transição. Quando a coordenação de esforços entre o profissional e o cuidador é efectuada de uma maneira correcta e sensata, o familiar cuidador sente-se mais envolvido e confiante nas actividades a realizar e por isso irá ser demonstrada uma maior prontidão pelo mesmo, acompanhada pela intenção de cumprir cada tarefa que lhe seja proposta.

A segunda fase denominada de **Role Negotiating** ou **Fase de Negociação** do papel, refere-se à ajuda que o familiar cuidador necessita para a prestação de cuidados. Nesta fase, as principais preocupações e necessidades assentam no facto de serem aprendidas novas rotinas diárias, tais como, dominar habilidades pessoais, tornar o receptor de cuidados colaborante, lidar com as emoções e estabelecer cuidados contínuos. O papel de negociação define-se como o processo pelo qual o cuidador e o alvo de cuidados passam até que seja atingido um padrão estável de interacção de cuidados. Nesta etapa surgem por vezes conflitos e divergências, tanto do familiar cuidador como da pessoa com dependência, relativamente às implicações para a vida pessoal que esta nova situação exige.

Deste modo, grande parte dos familiares cuidadores referem a grande necessidade inferida de suporte emocional para que desta forma seja possível restabelecer a auto-confiança.

A terceira fase, denominada de ***Role Settling*** ou **Fase de Consolidação - Suporte Emocional** é caracterizada pelo processo através do qual o familiar cuidador e a pessoa alvo de cuidados atingem um consenso, resultando este último num estável padrão de interações de cuidados. As necessidades evidenciadas referem-se ao suporte emocional, uma vez que a prestação de cuidados já tem um padrão e a as famílias já se sentem preparadas, assim como a pessoa com dependência se sente confortável com os cuidados. Quando esta fase é atingida significa que as interações entre o familiar cuidador e a pessoa alvo dos cuidados foram totalmente deliberadas e por isso os cuidadores encontram-se confiantes das suas capacidades, serenos e preparados para situações de urgência que eventualmente possam surgir.

Brereton & Nolan (2000) analisaram também as fases de adaptação ao papel de familiar cuidador, onde identificaram 4 fases, que apesar de terem denominações diferentes, se cruzam com as fases identificadas por Shyu (2000), referidas anteriormente. De acordo com os autores, verifica-se que as necessidades do familiar cuidador vão-se modificando durante a aquisição do papel até ser alcançada a transição saudável. O factor chave neste processo é a velocidade com que o papel é adoptado, denotando que, em alguns casos, a transição para o cuidado pode ocorrer rapidamente, com pouco ou nenhum tempo de preparação. Consequentemente, grande parte dos cuidadores assume o seu papel num estado de “inocência inicial” (Taraborrelli, 1994, cit. por Brereton & Nolan, 2000), sem terem a real percepção da provável pressão que irão colocar sobre eles. Verifica-se que, embora alguns familiares cuidadores estejam, frequentemente, dispostos a adoptar tal papel, outros fazem-no sem escolha adequada e preparação para tal. Uma vez que a família pode passar por várias transições, é importante referir que cada uma delas comporta várias fases resultantes da reflexão da dinâmica natural do cuidado familiar.

A primeira fase é denominada de ***What's it all about?*** (“O que é isto?”) e neste primeiro momento os familiares cuidadores descrevem a incerteza e a confusão que vivenciam após o evento gerador de dependência, sendo a sua necessidade principal, a busca de informação acerca da condição do seu familiar. Esta fase reflecte os esforços dos familiares cuidadores em tentarem ganhar algum tipo de percepção e compreensão sobre o sucedido e o provável impacto no futuro.

Seguidamente, emerge a fase ***Going it alone*** (“Fazer Sozinho”) que incide na iniciativa e capacidade de exploração de recursos por parte dos familiares cuidadores, aquando da falta de informação. Isto deve-se à necessidade do familiar cuidador adquirir uma compreensão mais completa do seu papel, tornando-se pró-activo quer na obtenção de informação, quer na aprendizagem dos tipos de tarefas que se espera que ele complete. A obtenção de conhecimento é vital para que os cuidadores se sintam capazes para o papel que vão desempenhar.

A terceira fase emergente denomina-se de ***Up to the Job*** (“Mãos- à-obra”) e está relacionada com a necessidade de busca do melhor cuidado para o seu familiar através da procura de influência, de continuidade, de envolvimento no cuidado e de capacidades. Os familiares cuidadores têm necessidade de se sentirem competentes na prestação de cuidados de boa qualidade, no sentido de otimizar a recuperação da pessoa com dependência e evitar a sua deterioração. Nesta fase, os familiares cuidadores necessitam de se sentirem confiantes relativamente às habilidades dos seus cuidados. A descrição das necessidades foca-se no cuidado físico, sendo as habilidades desse cuidado desenvolvidas a partir do processo de *tentativa-erro*. Com efeito, os familiares cuidadores em vez de questionarem o seu próprio trabalho, tornam-se cada vez mais críticos no que respeita à assistência prestada pelos cuidadores formais.

Por fim, surge a fase ***What about me?*** (“E eu?”), pois embora a prestação de cuidados seja parte integrante das suas vidas, os cuidadores sentem necessidade de serem compreendidos, valorizados e suportados. Esta fase, compreende dois elementos principais, sendo o primeiro referente à falta de atenção dada às necessidades dos familiares cuidadores em todas as fases de transição e o segundo correspondente à carência de profissionais activos dispostos a informar os cuidadores. Neste momento o foco de atenção do familiar cuidador move-se em torno de si mesmo e da necessidade de reconhecimento dos seus conhecimentos, capacidades e necessidades físicas, psicológicas e sociais.

Segundo Petronilho (2007), o desafio para os enfermeiros é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efectiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensações de bem-estar.

1.2. A Sobrecarga no Exercício do Papel

O termo sobrecarga vem da tradução do termo inglês *burden*. A definição refere-se ao conjunto das consequências que ocorrem do contacto próximo e prolongado com um familiar com dependência. As alterações psicológicas, restrição da actividade social, insatisfação com o suporte social, conflitos resultantes do desempenho de vários papéis, alteração das relações familiares, perda da situação económica e stress levam a um estado de mal-estar psicológico no familiar cuidador a que se designa por *caregiver burden* ou sobrecarga do cuidador (Martins, 2006).

Para Sequeira (2010) o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência.

Braithwaite (1992, cit. por Martins, 2006, p. 64) refere a sobrecarga do familiar cuidador como uma *perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados, correspondendo à percepção subjectiva das ameaças, às necessidades fisiológicas, sociais e psicológicas do cuidador*.

Cuidar de um familiar em situação de dependência acarreta grandes exigências tanto a nível individual como familiar. O familiar cuidador é confrontado com um conflito de papéis, por um lado as exigências de tomar conta de alguém, por outro as alterações inevitáveis à sua vida e bem-estar. Segundo Martins (2006, p. 76), *a família preocupa-se e sofre com a deterioração do estado de saúde do seu familiar, com a fraca expectativa da recuperação, com a possível alteração dos papéis parentais, com a ameaça e comprometimento das fontes de rendimento, entre outros*.

Ao longo do tempo, a sobrecarga decorrente do exercício do papel de prestar cuidados à pessoa com dependência começa a tornar-se cada vez mais visível, sendo um problema recorrente na generalidade dos familiares cuidadores. Frequentemente os cuidadores informais, entram em situação de crise, manifestando sintomas como: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução de convívio, depressão e alteração da auto-estima entre outros. Esta sobrecarga ou tensão, pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afectar o bem-estar do doente e do cuidador (George & Gwyther, 1986, cit. por Martins, 2003, p. 132).

A literatura faz ainda referência à distinção entre sobrecarga objectiva e subjectiva. A primeira corresponde a aspectos percebidos pelos cuidadores, directamente associados ao desempenho desse papel, como por exemplo a restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e o efeito destas alterações no seu bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico. A segunda refere-se aos sentimentos e atitudes inerentes às tarefas e actividades desenvolvidas no processo de cuidar.

A prestação de cuidados a um familiar com dependência, sobretudo de longa duração, é uma tarefa que implica um grande desgaste, com consequências físicas e emocionais, sendo este problema agravado, quando não são assegurados aos cuidadores, conhecimentos, capacidades e suporte que lhes permitam executar as tarefas inerentes ao cuidar de forma adequada e eficaz.

Muitos familiares cuidadores experimentam uma sobrecarga muito significativa e não são capazes de usar estratégias e mobilizar recursos face à necessidade de se adaptarem. A rede formal de apoio, nomeadamente os serviços de saúde e sociais, têm a responsabilidade de mobilizar esforços para melhor compreenderem a natureza deste problema e trabalharem no sentido de criar um sistema de suporte que beneficie estas pessoas, reduzindo as exigências do exercício do seu papel e suas consequências, melhorando assim a sua qualidade de vida (Petronilho, 2008).

Segundo López *et al.* (2007), os cuidadores informais estão expostos a múltiplos agentes passíveis de causar stress e de levar a quadros de depressão graves. Neste contexto, torna-se importante dirigir esforços para conceber e desenvolver intervenções que promovam uma transição saudável para o papel de familiar cuidador e uma gestão eficaz desse mesmo papel ao longo do tempo.

Nolan *et al.* (1995) refere um serviço que também deve ser utilizado para aliviar a sobrecarga dos familiares cuidadores, que é o *Respite care* que consiste na atribuição de um dia em que o familiar com dependência é tratado por outra pessoa e assim o familiar cuidador tem direito a esse dia de descanso para poder restabelecer-se física e emocionalmente, encontrando assim um equilíbrio que permite uma melhor prestação de cuidados.

Brito (2002) considera ser fundamental o conhecimento, por parte do profissional de saúde, das modalidades de resposta utilizadas pelos familiares cuidadores, permitindo-lhes planear as suas intervenções em termos de identificar quais os familiares cuidadores em situação de maior risco e, nesses casos, ajudá-los a identificar as formas de coping que se mostrem ineficazes, bem como ajudá-los a desenvolver novas estratégias.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade. Para o estudo e intervenção a nível desta problemática são necessários instrumentos fiéis, sensíveis, válidos e específicos que permitam avaliar o impacto do desempenho deste papel na saúde e qualidade de vida dos familiares cuidadores (Martins *et al.*, 2003).

Na área da caracterização/avaliação do familiar cuidador as repercussões negativas do cuidado, nomeadamente a sobrecarga, constituem um foco de atenção de grande importância, pois a estas encontra-se associada uma deterioração da qualidade de vida do familiar cuidador e uma maior morbilidade, pelo que este trabalho de apreciação é fundamental para uma prevenção e tratamento efectivos (Sequeira, 2010).

1.3. A Avaliação Inicial e as Implicações nas Práticas de Enfermagem

O profissional de enfermagem deverá ser capaz de realizar uma adequada avaliação inicial do familiar cuidador e seu contexto a fim de planear cuidados adaptados a cada situação e estabelecer um eficaz plano terapêutico de seguimento.

A avaliação refere-se a um processo sistemático de recolha de informações que descreve a situação de prestação de cuidados e permite identificar problemas, necessidades, recursos e pontos fortes. Aborda questões a partir da perspectiva do familiar cuidador, tendo em conta a sua cultura, focando o tipo de assistência que o familiar cuidador pode precisar e os resultados que o familiar com dependência espera em termos de apoio, e procura manter a saúde do cuidador e o seu bem-estar (Caregiver Alliance, 2006).

Petronilho (2007) refere que a avaliação do familiar cuidador é um processo que deverá passar pela identificação das necessidades, pelo planeamento, pela execução e pela avaliação. Deste modo, exige uma colheita de dados pertinente, em que o enfermeiro deve ter um papel central, aprofundando as necessidades reais, relativamente às condições socioeconómicas do doente e

família, recursos materiais disponíveis, à rede de suporte, às competências adquiridas e à motivação para o exercício do papel de familiar cuidador.

Feinberg (2004), refere que a avaliação das linhas base do familiar cuidador pode orientar, traçar e dar prioridade a intervenções no sentido de ultrapassar dificuldades, usando apropriadamente a ajuda informal e formal.

Bradley (2003, cit. por Feinberg, 2004) refere que a avaliação do familiar cuidador visa identificar quais as suas necessidades, para que desta forma lhe seja fornecida informação e acesso a serviços de apoio, tendo em vista a manutenção do seu estado de saúde e bem-estar face às tarefas que terá de desempenhar.

De acordo com Gwyther, Ballard e Hinman-Smith (1990, cit. por Feinberg, 2004), o processo de avaliação pode ser terapêutico, favorecendo a interação familiar e a compreensão entre elementos da mesma família, bem como a percepção da disponibilidade, interesse e compreensão por parte dos profissionais de saúde que orientam a avaliação. A avaliação pode ainda fazer com que os familiares cuidadores se sintam reconhecidos e valorizados, acabando por fornecer apoio para a continuidade do desempenho do seu papel (Maddock, Kilner and Isam, 1998, cit. por Feinberg, 2004). Toda a informação obtida durante a cooperação fortalece as famílias e ajuda-as a tomar decisões, aumentando consequentemente a eficiência dos seus cuidados (Ellano, 1997, cit. por Feinberg, 2004).

A avaliação das necessidades da família implica a sua participação activa no processo de cuidados: dar oportunidade para se expressar sobre as suas expectativas face à ajuda que irá necessitar no domicílio, quer dos profissionais de saúde, quer dos restantes elementos da família; perceber o grau de disponibilidade para cuidar; saber quais as suas crenças sobre a capacidade de executar os cuidados e a complexidade dos mesmos; conhecer a vivência de experiências anteriores semelhantes; compreender a sua relação de intimidade afectiva com a pessoa a cuidar; ter o conhecimento da evolução da doença e das opções terapêuticas que provoquem o menor sofrimento possível (Petronilho, 2007).

A investigação realizada nos últimos anos sobre a temática revela que os cuidadores são um grupo vulnerável, estando em risco de desenvolverem problemas físicos, emocionais e financeiros. A avaliação sistemática da pessoa com dependência ocorre como rotina por parte dos serviços de saúde e sociais, contudo a avaliação do familiar cuidador não tem tido o mesmo enfoque. Muitas vezes os familiares cuidadores são negligenciados pelos profissionais de saúde, desempenhando, com pouco ou nenhum suporte, tarefas complexas, stressantes e

fisicamente extenuantes no seu dia-a-dia, sofrendo maior incidência de doenças cardiovasculares e depressão, apresentando maiores problemas laborais relacionados com o absentismo, fraca produtividade e maiores gastos com despesas de saúde (Caregiver Alliance, 2006).

A avaliação sistemática revela que o familiar cuidador desempenha um papel crucial, no entanto o desempenho deste papel, sem um melhor reconhecimento das suas necessidades, pode afectar negativamente a capacidade deste para prestar cuidados no futuro e resultar num maior desgaste emocional, físico e económico que irá reflectir-se na qualidade dos cuidados e na qualidade de vida da pessoa cuidada e nos restantes membros da família. Estes encargos e riscos para a saúde podem impedir a capacidade do familiar cuidador para prestar cuidados, levar a custos mais elevados para a saúde e para a qualidade de vida. Assim, uma das principais preocupações é “manter as famílias no trabalho” (*“keep families on the job”*) (Caregiver Alliance, 2006).

Cuidar de uma pessoa com dependência é muito mais do que os aspectos instrumentais e físicos, como a alimentação, a higiene, a mobilidade e a medicação. Exige uma entrega total no sentido de compreender sentimentos e angústias do doente, o que requer da parte do cuidador uma disponibilidade cognitiva, emocional e física, muitas vezes não reconhecido e inadequadamente recompensada (Marques, 2007).

Não existe ainda consenso sobre o modelo de avaliação a usar. Fancey e Keefe (1999, cit. pr Feinberg, 2004) identificaram seis componentes que devem ser recolhidos aquando da avaliação do familiar cuidador, sendo estes: o tipo e a frequência dos cuidados prestados; a capacidade do familiar cuidador de dar continuidade aos cuidados; a influência de outras responsabilidades ou stressores na prestação de cuidados; o grau de suporte informal fornecido; os serviços informais requeridos e o estado de saúde global do familiar cuidador.

Martins (2006) refere que na avaliação inicial do familiar cuidador é fundamental avaliarmos: as habilidades cognitivas (nomeadamente a capacidade de memorização do horário da medicação), físicas (como é exemplo o interesse pelo cuidado e revelação conjunta de dúvidas acerca das suas capacidades), as características pessoais, a ansiedade e os medos que surgem comumente no decorrer da transição, os recursos sociais e familiares que se podem revelar facilitadores na vivência da transição e ainda os conhecimentos prévios.

A Caregiver Alliance (2006) defende 7 princípios fundamentais para a avaliação do familiar cuidador:

1. Os familiares cuidadores são uma parte essencial dos cuidados de saúde e cuidados de longa duração, sendo importante reconhecer, respeitar, avaliar e enfrentar as suas necessidades;
2. A avaliação do familiar cuidador deve abranger uma perspectiva centrada na família, incluindo as necessidades e preferências tanto do familiar cuidador como da pessoa com dependência;
3. A avaliação do familiar cuidador deve resultar num plano de cuidados (desenvolvido em colaboração com o cuidador) que identifique os recursos disponíveis e os resultados esperados;
4. A avaliação do familiar cuidador deve conter uma abordagem multidimensional e deve ser periodicamente actualizado;
5. A avaliação do familiar cuidador deve reflectir uma prática competente;
6. Uma avaliação eficaz requer profissionais com conhecimentos e habilidades. Os enfermeiros e outros profissionais devem consciencializar os familiares cuidadores sobre o processo de prestação de cuidados e do seu impacto, bem como os benefícios de uma avaliação eficaz;
7. O governo deve reconhecer a avaliação do familiar cuidador como parte integrante dos cuidados aos idosos e a adultos incapacitados.

Huang *et al.* (2003), demonstrou que a colaboração entre profissionais de saúde e familiares cuidadores, aumentou a auto-eficácia dos mesmos. A abordagem individualizada ajuda o familiar cuidador a identificar melhor os problemas, as suas causas específicas, sendo depois mais fácil o planeamento autónomo de estratégias e soluções, aumentando, desta forma, a confiança em si mesmo.

A avaliação dos cuidados permite aferir sobre a qualidade dos cuidados prestados pela família e está inteiramente ligada aos meios de apoio que os familiares cuidadores possuem.

A reavaliação do familiar cuidador é também um elemento essencial para que se torne exequível identificar mudanças na sua saúde e nas suas capacidades de cuidar. Esta mesma reavaliação favorece assim, a avaliação das necessidades de uma forma gradual e a condição de saúde do indivíduo que recebe os cuidados, uma vez que é desta forma que surge a possibilidade de adaptação do plano de cuidados à família cuidadora (Feinberg, 2004).

É imprescindível que o cuidador, à semelhança do idoso com dependência, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para os profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação. Os enfermeiros devem elaborar um plano assistencial para o cuidador, com o objectivo de dotá-lo dos requisitos necessários para uma prestação de cuidados adequada (Sequeira, 2010).

Uma abordagem consistente do familiar cuidador vai ajudar os profissionais de saúde a entenderem melhor as necessidades da família e as suas capacidades; vai permitir que os familiares cuidadores tenham acesso e apoio e se mantenham no seu papel de cuidador durante o tempo que for necessário; vai permitir a garantia de resultados excelentes para o familiar que recebe os cuidados e fornecer informações sólidas para que os governos e administradores possam promover a melhoria das condições dos serviços de saúde (Caregiver Alliance, 2006).

PARTE 2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

2. MÉTODO

Nesta fase identificamos o desenho de estudo, o contexto e os participantes, os materiais e procedimentos e o tratamento e análise dos dados apresentados. Finalmente terminamos com as considerações éticas que foram tidas em atenção na elaboração deste estudo de investigação.

2.1. Justificação do Estudo

O estudo aqui apresentado decorreu no contexto profissional da UCCSH, inserido na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM).

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Segundo o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, artigo 11º, a Unidade de Cuidados na Comunidade presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Integrada na UCC, foi posteriormente formada a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que são equipas multidisciplinares que prestam cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, artigo 27º). Estas equipas asseguram entre outros, cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e acções paliativas.

Asseguram ainda apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das actividades instrumentais de vida diária e fazem a coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

O Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados² surgiu na sequência da candidatura da UCC, sendo um Projecto de Intervenção Comunitária com os seguintes objectivos:

- Promover a aquisição de competências no exercício do papel de prestador de cuidados;
- Contribuir para a resolução do diagnóstico “Papel de prestador de cuidados inadequado”;
- Fomentar a aquisição de conhecimentos nos prestadores de cuidados.

A justificação deste projecto assenta:

- Orientações do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas;
- Legislação das Unidades de Cuidados na Comunidade.

A avaliação do familiar cuidador e do idoso com dependência é um aspecto necessário para uma apreciação correcta e adequada das suas necessidades, do processo e dos ganhos de saúde decorrentes da prática profissional.

Apesar dos enormes progressos dos últimos anos na profissionalização do cuidar em enfermagem, ainda existe alguma tendência dos enfermeiros utilizarem a intuição como método na sua prática profissional. Um instrumento de avaliação inicial estruturado vai permitir identificar as características e as necessidades do familiar cuidador, ao mesmo tempo identificar os domínios onde este não demonstra conhecimentos ou capacidades, para serem implementadas estratégias de intervenção que mobilizem respostas integradas que satisfaçam as suas reais necessidades.

Por outro lado, um instrumento estruturado vai permitir a homogeneidade dos critérios utilizados pelos enfermeiros podendo ser globalizado a outras UCC`s que intervenham directamente na mesma população alvo.

Actualmente os enfermeiros sentem cada vez mais necessidade de utilizar o método científico como estrutura para a organização da sua prática, fazendo com que os profissionais desenvolvam métodos práticos, eficientes e rápidos de

² Ao longo do trabalho optou-se por utilizar a designação de familiar cuidador, no entanto no contexto profissional foi utilizada a designação de prestador de cuidados, pelo que se mantém essa terminologia.

obterem resultados que traduzam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Face ao que foi exposto anteriormente foram reunidos alguns pressupostos que sustentam e justificam a pertinência do estudo:

1. As alterações nas necessidades em cuidados de saúde motivadas pelo envelhecimento da população e pelo aparecimento de doenças crónicas e incapacitantes originam novos desafios aos sistemas de saúde;
2. A actual conjectura económica, associada ao aumento da procura dos cuidados de saúde, torna fundamental a adopção de medidas estratégicas que permitam assegurar, a continuidade, a qualidade e o custo - eficácia dos cuidados (...) (Padilha, 2006);
3. Para compreender as experiências de transição é necessário conhecer as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso, para atingir uma transição saudável (Meleis *et al.*, 2000);
4. Os resultados do estudo de Shyu (2000, cit. por Petronilho, 2008, p. 18), indicam-nos que o processo para encontrar o ponto de equilíbrio (*finding a balance point*) face à necessidade de cuidar engloba as necessidades da família e as necessidades da pessoa cuidada. A estabilização das estratégias inclui gerir os comportamentos e problemas emocionais, modificar o ambiente, alterar a programação das actividades, usar estratégias alternativas, o compromisso com actividades de auto cuidado, formar uma equipa de trabalho, o compromisso da pessoa cuidada com os cuidados e gerir o tratamento;
5. A informação gerida e documentada nos Sistemas de Informação em Enfermagem deve reunir os atributos necessários para que a promoção da continuidade nos cuidados seja uma realidade (Sousa, 2005);
6. A mobilidade dos cidadãos e a natureza repartida dos processos, características usuais no contexto da saúde, fazem com que a informação se encontre dispersa por múltiplas bases de dados, sendo portanto indispensável assegurar a sua integração de forma coerente e centralizada, para a poder disponibilizar, sem limites nem descontinuidades, onde e sempre que ela for necessária (Sousa, 2005).

A experiência em contexto profissional decorrente do trabalho efectuado no âmbito da UCCSH tem sido enriquecedora. Passado mais de um ano de funcionamento mostra-se importante avaliar metodologicamente algumas das

decisões tomadas. Assim, surgiu o pretexto de avaliar o instrumento utilizado na recolha de dados relativos ao familiar cuidador e ao idoso com dependência. Este instrumento foi concebido para identificar necessidades de cuidados de enfermagem, no sentido de elaborar um plano de intervenção adequado dando resposta às necessidades identificadas. A concepção deste instrumento foi decorrente da percepção empírica que os enfermeiros tinham sobre os aspectos que pareciam ser úteis para uma avaliação diagnóstica. Nesta fase sentimos que acumulamos experiência e saberes que nos permitem ajuizar de uma forma mais coerente e científica sobre a adequação, pertinência e eficácia do instrumento em causa e se necessário propor as alterações necessárias.

Assim sendo, pareceu-nos ser um desafio interessante e útil, centrarmo-nos na seguinte questão de investigação como linha orientadora do percurso:

- A informação recolhida pelo instrumento de avaliação inicial permite caracterizar correctamente o familiar cuidador, o utente com dependência e a situação contextual de cuidados?

2.2. Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo misto, com recurso a técnicas quantitativas e qualitativas.

Numa primeira fase recorreu-se a um estudo descritivo que segundo (Fortin, 2009, p. 238) serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população. A mesma autora refere ainda que quando um tema foi pouco estudado, é necessário descrever as suas características antes de examinar relações de associação ou de causalidade entre variáveis.

Assim, analisaram-se os dados recolhidos pelo instrumento em estudo para apurar a adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador.

Na segunda parte do estudo recorreu-se a uma técnica qualitativa. O uso de métodos mistos ou múltiplos é uma tendência crescente em enfermagem. A combinação de métodos oferece uma alternativa para a abordagem de problemas complexos da área da saúde (Driessnack *et al.*, 2007, p. 2).

Desta forma, os dados recolhidos através do referido instrumento foram dados a conhecer a um painel de peritos que através de uma técnica de consenso (*The Think Aloud Method*) pronunciaram-se sobre a sua pertinência e alterações a introduzir.

O objectivo principal para usar mais de um método é a possibilidade de combinar os resultados de um estudo a respeito do fenómeno em estudo, usando um método para desenvolver outro método de estudo. Por exemplo, grupos focais são algumas vezes usados para se obter um *feed-back* num questionário (...) (Driessnack *et al.*, 2007, p. 3).

2.3. Contexto e Participantes

O estudo foi realizado na ULSM, nomeadamente na UCCSH que desenvolve um Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados.

Na altura da selecção da amostra, encontravam-se identificados no SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), cerca de 300 familiares cuidadores de idosos com dependência. A informação recolhida através do formulário de avaliação inicial abrangeu 80 participantes, o que correspondeu a 26,7% da população em estudo.

FASE 1:

Numa primeira fase, recorreremos para este estudo a uma amostra não probabilística de conveniência, que foi constituída pelos registos dos familiares cuidadores de idosos com dependência da área de influência da UCCSH recolhidos no período compreendido entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2010.

FASE 2:

Numa segunda fase, tivemos a necessidade de recorrer a um grupo de peritos para avaliar a pertinência e a adequação do instrumento utilizado que foi constituído por 2 enfermeiros com experiência profissional na área e 4 professores da Escola Superior de Enfermagem Porto com investigação realizada na área (amostra intencional).

2.4. Materiais

O material em análise no presente estudo refere-se ao formulário de avaliação inicial do familiar cuidador e do idoso com dependência, utilizado na UCCSH (Anexo 4).

O formulário foi construído em 2010, pela responsável do projecto e encontra-se dividido em três grandes áreas:

- Dados da Família
- Dados do Idoso com Dependência
- Dados do Familiar Cuidador

No que diz respeito aos Dados da Família estão incluídos os seguintes aspectos:

- Tipo de Alojamento;
- Tipo de família e números de membros da família;
- Apoios utilizados (serviços de saúde, serviços sociais, ambos, outros).

Dos dados do Idoso com Dependência constam os seguintes aspectos:

- Caracterização Sócio-demográfica (idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade);
- Dados clínicos (origem da dependência, data de início, complicações, internamentos, episódios de recurso ao Serviço de Urgência e consumo de medicamentos;
- Índice de Barthel - utilizado para a avaliação do nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, mobilidade em superfícies sem degraus e em cadeira de rodas, deslocação, subir ou descer escadas, vestir e despir, controlo dos intestinos e controlo vesical (Mahoney e Barthel, 1965, cit. por Araújo *et al.*, 2007). Na versão utilizada a pontuação da escala varia entre 0 e 100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima dependência para todas as actividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas. A classificação total

está distribuída de acordo com a utilizada no SAPE da ULSM, que se distribui da seguinte forma: < 20 - Totalmente dependente; 20 - 35 Dependente em grau elevado; 40 - 55 Dependente em grau moderado; ≥ 60 Dependente em grau reduzido e 100 - Independente;

- Escala de Braden - utilizada para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Esta escala foi traduzida e validada para Portugal pelo (Grupo Associativo de Investigação em Feridas) em 2001. A Escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de Úlceras de Pressão. A pontuação das sub-escalas varia de 1 a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1 a 3; a soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23; quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco, de acordo com o GAIF (2001): Alto Risco - Pontuação ≤ 16 e Baixo Risco - Pontuação ≥ 17.

Relativamente aos Dados do Familiar Cuidador fazem parte os seguintes aspectos:

- Caracterização Sócio-demográfica (idade, sexo, estado civil, profissão principal, situação profissional, escolaridade e relação de parentesco);
- Antecedentes clínicos;
- Contextualização da prestação de cuidados;
- Recursos comunitários, sociais e familiares;
- Competências na prestação de cuidados - utilizada uma grelha para avaliação de conhecimentos e capacidades do familiar cuidador relativos aos diferentes domínios do auto cuidado: autocuidado higiene, vestir e despir, alimentar por via oral, alimentar por sonda nasogástrica, uso do sanitário, posicionar, transferir, deambular, usar a cadeira de rodas, gestão do regime medicamentoso e prevenção de acidentes. Entende-se por conhecimentos do prestador de cuidados a *Aquisição de um conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 45). A aprendizagem de capacidades refere-se à *aquisição do domínio de actividades práticas associadas a treino, prática e exercício* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 39). Foi definido para avaliação do item dos

conhecimentos, que o familiar cuidador demonstra conhecimentos quando verbaliza correctamente sobre os domínios do autocuidado referidos anteriormente; Para avaliação do item das capacidades, foi definido que o familiar cuidador demonstra capacidades quando consegue demonstrar na prática as actividades que realiza referentes aos domínios do autocuidado;

- Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) - instrumento de (Martins, Ribeiro & Garrett, 2003), construído para avaliar a sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal de doentes com sequelas de AVC. É composto por 7 componentes: Sobrecarga Emocional; Implicações na Vida Pessoal; Sobrecarga Financeira; Reacções a Exigências; Mecanismos de Eficácia e de Controlo; Suporte Familiar e Satisfação com o Papel e com o Familiar. Foram estabelecidas pelos autores normas para o tratamento de dados na utilização do QASCI. Para utilização da escala total, os itens relativos às dimensões mecanismos de eficácia e de controlo, suporte familiar e satisfação com o papel e com o familiar devem ser invertidos para que as pontuações mais altas correspondam a situações de maior sobrecarga e stress. Para que as pontuações finais de cada subescala apresentem valores homogéneos e comparáveis os itens de cada dimensão devem ser somados, a este valor deve ser subtraído o valor mínimo possível na subescala. Este valor deve ser dividido pela diferença entre o valor máximo e mínimo possível na subescala, finalmente para que a leitura seja efectuada em percentagem deve-se multiplicar o resultado por 100. O valor da pontuação total é categorizado em quatro níveis de sobrecarga, de acordo com a autora: 0 a 25 - Sobrecarga reduzida; 26 a 50 - Sobrecarga moderada; 51 a 75 - Sobrecarga forte e 76 a 100 - Sobrecarga severa.

2.5. Procedimentos

FASE 1:

A informação recolhida na avaliação inicial dos familiares cuidadores e dos idosos com dependência seguidos na UCCSH foi transposta para um ficheiro do SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) e analisada a informação.

FASE 2:

A informação referente ao formulário de avaliação inicial foi resumida, hierarquizada e submetida a um painel de peritos para ajuizar da adequação e pertinência da mesma (Anexo 5).

De forma a operacionalizar esta fase recorreu-se à técnica da Reflexão Falada - *The Think Aloud Method*, em que os enfermeiros peritos na área tiveram liberdade para se expressarem sobre a temática em causa.

Someren *et al.* (1994) definem *The Think Aloud Method* como sendo um método que consiste em pedir às pessoas para pensarem em voz alta no sentido de resolverem um problema. Este método tem aplicação em investigação a nível da psicologia, educação e investigação sobre os processos cognitivos, mas também tem aplicação quando se pretende a aquisição de conhecimentos.

Ainda segundo os mesmos autores esta metodologia começou a ser usada em 1930 para estudar processos de raciocínio criativo. Posteriormente esta técnica foi usada para o estudo de processo de pensamento e mais tarde para estudos detalhados de habilidades cognitivas.

Segundo Goldman (1971, cit. por Almeida e Freire, 2000, p. 126) o uso do método da reflexão falada ou *thinking aloud* pode ser incluído num método de análise qualitativa de itens, cujo objectivo é realizar análises e apreciações quanto ao conteúdo e à forma, nomeadamente à clareza, sua compreensibilidade e adequação aos objectivos. Para os mesmos autores, este método consiste na aplicação individual do teste e no registo de todas as verbalizações dos sujeitos, os quais posteriormente, devem comunicar as impressões em relação a cada item, a forma como o abordam e realizam, os processos utilizados e as facilidades ou dificuldades sentidas na sua análise. O recurso à consulta de especialistas ou de profissionais com prática no domínio serve também o objectivo da análise qualitativa dos itens.

Este método pode, assim, ser utilizado como complemento importante à investigação quantitativa pois é uma boa maneira de evitar informação "falsa" e obter dados precisos sobre o processo de solução que ocorre quando um especialista pretende resolver um problema, *the think aloud method is one of the few techniques that give direct data about the reasoning process* (Someren *et al.*, 1994, p. 11).

O trabalho do grupo de peritos esgotou-se na segunda reunião, optando-se por finalizar o documento através de comunicação por email, uma vez que já

havia concordância de todos os elementos relativamente aos temas abordados e às questões levantadas. Os encontros realizados não foram gravados em áudio como inicialmente estava previsto, mas foram colhidas notas de campo pela investigadora. A informação colhida na sessão foi transcrita através de um resumo da sessão e posteriormente enviada para o grupo de peritos para ser analisada e discutida na reunião seguinte.

Inicialmente estava previsto que cada sessão tivesse a duração média de 90 minutos, mas foram sempre prolongadas até aos 150 minutos.

2.6. Análise dos Dados

FASE 1:

Os dados recolhidos por si só não traduzem os problemas da comunidade, precisam de ser tratados estatisticamente.

O tratamento estatístico dos dados recolhidos através do formulário em análise foi efectuado através do software SPSS, versão 19.0. Foi efectuada uma análise exploratória dos dados, recorrendo-se inicialmente a medidas de estatística descritiva. Na descrição univariada das variáveis recorreu-se a medidas de tendência central, nomeadamente a média, moda e mediana e medidas de dispersão. Os dados foram apresentados sob a forma de gráficos e quadros.

FASE 2:

Após análise dos dados recolhidos, a informação foi submetida a redução teórica e hierarquizada e submetida a um grupo de peritos para se chegar a um consenso sob a pertinência e adequação da informação inicialmente recolhida.

Após recolha dos testemunhos do grupo de peritos procedeu-se à análise dos dados recolhidos. Someren *et al.* (1994) referem não haver uma forma pré-definida nem uma técnica estruturada para analisar os dados. Em comparação com uma técnica estruturada, o método de reflexão falada torna-se mais fácil, pois os intervenientes estão autorizados a utilizar a sua própria linguagem. A estruturação da informação é uma tarefa que cabe à pessoa, neste caso a investigadora que vai analisar os dados.

2.7. Considerações Éticas

A prática de investigação exige que sejam respeitados princípios éticos, impondo obrigações relativas à protecção dos dados dos indivíduos que participam no estudo. O estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar um desenho de estudo sólido do ponto de vista ético e moral. *Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação* (Fortin, 2009, p. 180).

O cumprimento dos padrões éticos foi uma preocupação constante, respeitando os direitos dos envolvidos em todo o processo. Como tal, foi efectuado um pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSM e respectiva Comissão de Ética (Anexo 1), para utilização dos dados que foram recolhidos aos familiares cuidadores, em contexto profissional.

A Comissão de Ética da respectiva instituição hospitalar remeteu o seu parecer para a Comissão Nacional de Protecção de Dados (C.N.P.D), uma vez que a informação recolhida sobre os familiares cuidadores havia sido colhida no contexto profissional do investigador.

Foi então efectuado pedido à C.N.P.D., que após análise do processo deu parecer favorável à realização do estudo (Anexo 2).

Deste modo, os participantes foram contactados no sentido de autorizarem a análise da informação recolhida para a presente investigação. Os participantes foram informados do seu direito de recusa, e que este facto em nenhum momento teria interferência com a assistência habitual nos serviços de saúde. Foi igualmente facultado um documento explicativo do estudo onde incluía os objectivos e procedimentos metodológicos.

Uma vez que neste estudo se trabalhou com registos relativos a informação recolhida junto dos familiares cuidadores foi garantida a confidencialidade da informação. Todos os dados recolhidos foram mantidos sob sigilo.

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados que emergiram da pesquisa, bem como a análise e interpretação dos resultados obtidos, relacionando-os e comparando-os com estudos anteriores realizados na área do familiar cuidador.

FASE 1:

A análise descritiva dos dados que se segue baseia-se em resultados obtidos através de 80 formulários. Na apresentação dos resultados apenas foram contabilizadas as respostas válidas, daí que nem sempre os totais são calculados com o total dos 80 elementos estudados. Na descrição dos dados obtidos através do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador e do idoso com dependência, os dados foram divididos em três partes: dados da família; dados do Idoso com dependência e dados do familiar cuidador.

Dados da Família

No que diz respeito aos dados da família, apurou-se que o **tipo de alojamento** que estas famílias possuem é, na maioria dos casos (46,3%, n=37) uma casa ou andar modesto com bom estado de conservação, bem iluminada, com cozinha e WC ou também uma casa ou andar espaçoso/confortável (42,5%, n=34). Existem contudo 8,8% (n=7) dos participantes que descreve o seu alojamento como pequeno, em mau estado de conservação e sem iluminação.

Relativamente à **avaliação do tipo de família**, a maioria corresponde a famílias alargadas (45%, n=36) ou nucleares (37,5%, n=30). Apenas 17,6% (n=14) estão integradas numa família mono parental ou unitária. O **número de membros de família** predominante é assim de 2 (28,8%, n=23) e 3 (25%, n=20) respectivamente.

Os dados obtidos relativos à família, permitiram obter informação global para conhecermos o contexto familiar da pessoa com dependência. Os resultados

apurados vão de encontro aos dados do INE - Instituto Nacional de Estatística (2010) que refere que o número de membros de família predominante é de 2 pessoas (30,9%) e 3 pessoas (25,8%) respectivamente. Resultados semelhantes foram encontrados por Imaginário (2004).

Tipos de Apoio

Os apoios são extremamente valiosos, dado que a tarefa do cuidador principal implica graves custos económicos, afectivos, físicos e psíquicos, pois a falta de apoio pode contribuir para a exaustão dos fornecedores de cuidados (Weitzner, 2000, cit. por Imaginário, 2004).

Relativamente aos apoios formais, que se designam por serviços prestados por profissionais e instituições, estão incluídos os serviços de saúde e os serviços sociais. Os apoios informais são considerados os apoios prestados pela família, amigos próximos e vizinhos.

A grande maioria dos participantes estudados (98,7%, n=79) referiu ter apoios para a prestação de cuidados. Apenas 1,3%, que corresponde a uma pessoa, não possui qualquer tipo de apoio. Os apoios formais são requisitados em 96,3% (n=77) da amostra e 78,8% (n=63) contavam com apoios informais.

No que diz respeito ao tipo de apoio formal, 50% (n=40) da amostra tinha ajuda dos serviços sociais e 92,5% (n=74) revelaram ter tido apoio de serviços de saúde. Dos serviços sociais enumerados destacam-se os centros de dia que eram utilizados por 20% (n=16) dos idosos com dependência e o apoio domiciliário (13,8%, n=11). Dos serviços de saúde, 79,7% (n=63) tiveram o apoio de médicos e enfermeiros em simultâneo.

Os apoios informais foram fornecidos pelos familiares, vizinhos e amigos, sendo que o suporte dado por estes últimos, teve pouca expressividade (6,3%, n=5 e 2,5%, n=2, respectivamente), evidenciando-se assim que o apoio da família é o mais frequente (53,2%, n=42).

A questão relativa aos apoios que a família tem, mostrou ser útil. Verificou-se que quase a totalidade dos participantes possuía apoios, sendo o número dos que não possuíam qualquer tipo de apoio irrelevante na amostra. Os apoios formais eram requisitados praticamente por todos. Grande parte possuía médico e enfermeiro de família, mostrando também conhecimento sobre as estruturas de apoio na comunidade. Os apoios informais eram também bastante utilizados e incluíam essencialmente os familiares, que continuam a ser um pilar importante no apoio ao idoso com dependência.

Estes dados contrariam um pouco os dados obtidos em estudos semelhantes. Este facto deve-se sobretudo ao contexto em que foi efectuado este estudo. Trata-se de uma Unidade Local de Saúde, localizada em meio urbano, que mantém uma excelente articulação entre diferentes unidades funcionais, quer sejam unidades de saúde quer sejam unidades de carácter social. No que diz respeito aos CSP - Cuidados de Saúde Primários, verifica-se a metodologia de trabalho de enfermeiro e médico de família há vários anos, o que implica um conhecimento profundo das famílias que constituem as suas listas de utentes, identificando as suas necessidades de saúde e intervindo tendo em conta as necessidades identificadas. De salientar ainda a existência de uma ECCL, composta por uma equipa multiprofissional que presta cuidados a idosos com dependência a vários níveis: cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos e ainda fornece apoio psicossocial ao familiar cuidador. Sendo o suporte social uma variável considerada moderadora com um efeito protector no bem-estar do familiar cuidador e do idoso com dependência, é importante que os enfermeiros avaliem se a família tem recursos, se os sabem utilizar e se reconhecem neles uma mais-valia.

Dados do Idoso com Dependência

Caracterização Sócio-demográfica

Os dados relativos à caracterização sócio-demográfica dos idosos com dependência são apresentados no quadro 1 indicado de seguida.

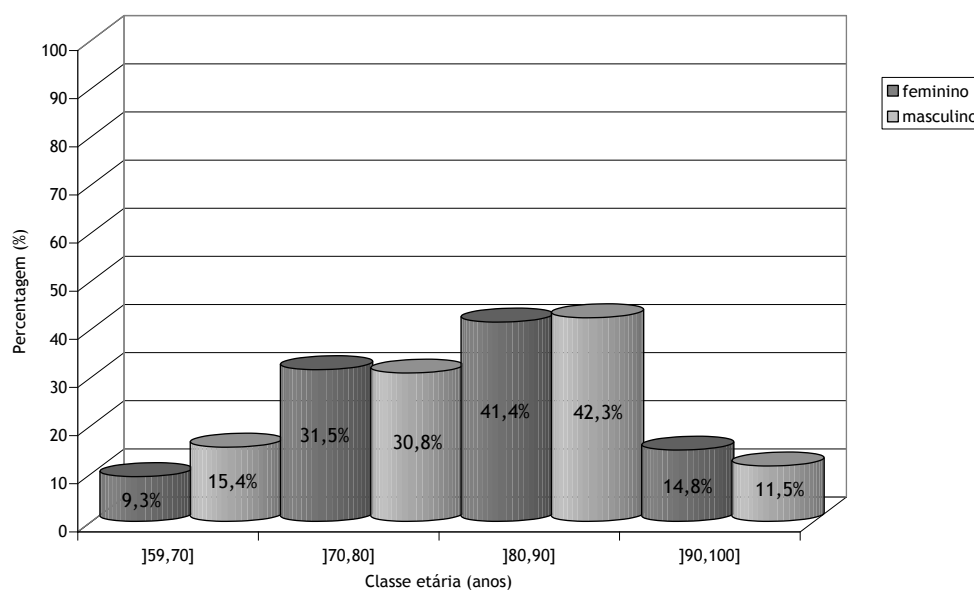
Quadro 1: Caracterização Sócio-demográfica do idoso com dependência

Variáveis sócio - demográficas do idoso (N=80)		N	%
Idade	[59,70]	9	11,3
	[70,80]	25	31,3
	[80,90]	35	43,8
	[90,100]	11	13,8
Sexo	Feminino	54	67,5
	Masculino	26	32,5
Estado Civil	Solteiro	7	8,8
	Casado	27	33,8
	Viúvo	44	55,0
	Divorciado	2	2,5

Conforme descrito no quadro 1, a informação analisada reportava-se a 80 participantes (54 mulheres e 26 homens), maioritariamente do sexo feminino (67,5%), com idade média de $81,44 \pm 8,54$ anos, variando entre os 60 e 99 anos, sendo a mediana 82 anos.

As idades encontravam-se principalmente compreendidas entre os 80 e 90 anos (43,8%), seguidos dos 70 e 80 anos (31,3%).

Gráfico 1: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com a idade e o sexo



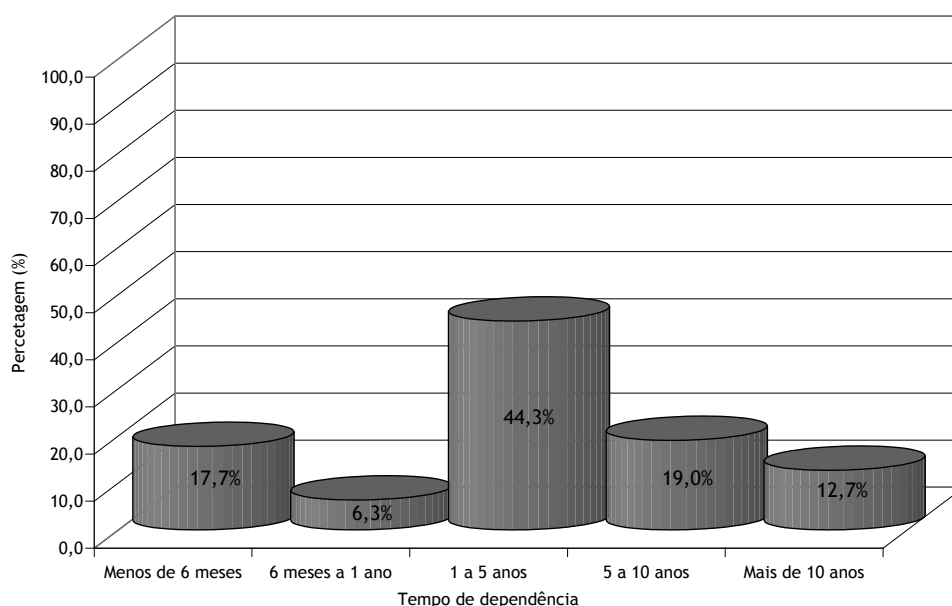
Ao analisar a idade distribuída nas diferentes faixas etárias, verifica-se que o sexo feminino era predominante. A idade média das mulheres era de $81,91 \pm 8,61$ anos e a dos homens foi de $80,46 \pm 8,47$ anos. A distribuição dos participantes segundo o sexo mostrou ser desigual, havendo uma maior percentagem de homens com dependência em idades mais jovens e de mulheres nas idades mais avançadas (gráfico 1).

Em relação ao **estado civil** verificou-se que a maioria dos idosos com dependência era viúvo/a (55,0%, n=44), seguindo-se os casados (33,8%, n=27). Os solteiros e os divorciados apresentaram valores pouco significativos, (8,8%, n=7) e (2,5%, n=2) respectivamente. No sexo feminino, verificou-se que a maioria das mulheres (64,8%) era viúva, 20,4% casadas, 11,1% solteiras e as restantes mulheres divorciadas (3,7%). No sexo masculino verificou-se que a maioria dos homens (61,5%) era casado, 34,6% viúvos, 3,8% solteiros, não existindo nenhum homem divorciado.

A maioria dos idosos com dependência (67,1%, n=53) apresentava uma **escolaridade** ao nível do Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos). Nas mulheres este nível de escolaridade representava uma percentagem de 61,1% e nos homens de 80,0%. Verificou-se ainda 37,0% das mulheres e 12% dos homens que não apresentavam quaisquer estudos.

No que diz respeito à **profissão** exercida pelos idosos com dependência, verificou-se que 72,5% (n=58) exerceram actividade profissional e 25% (n=20) tinham sido domésticas. Das profissões enunciadas, a de Empregado Fabril é a que predominava, representando assim 28,9% (n=23) da amostra, que se distribuíram por 21 mulheres (39,9%) e 2 homens (7,7%).

Gráfico 2: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com início da dependência



Conforme descrito no gráfico 2, no que diz respeito ao **início da dependência** destaca-se que o início da dependência verificou-se na maioria dos casos entre 1 e 5 anos (44,3%, n=35).

A causa principal de dependência foi, em 84,8% (n=67) dos casos devido a doença, das quais se destaca o AVC (38,8%, n=31) e a doença de Alzheimer (8,8%, n=7). No entanto, 11,4% (n=9) dos idosos foi devido ao próprio processo de envelhecimento.

A maioria das questões do instrumento de avaliação permitiu efectuar uma caracterização sócio-demográfica, mostrando-se relevantes no processo. Os resultados encontrados são consonantes com a maioria dos estudos sobre este

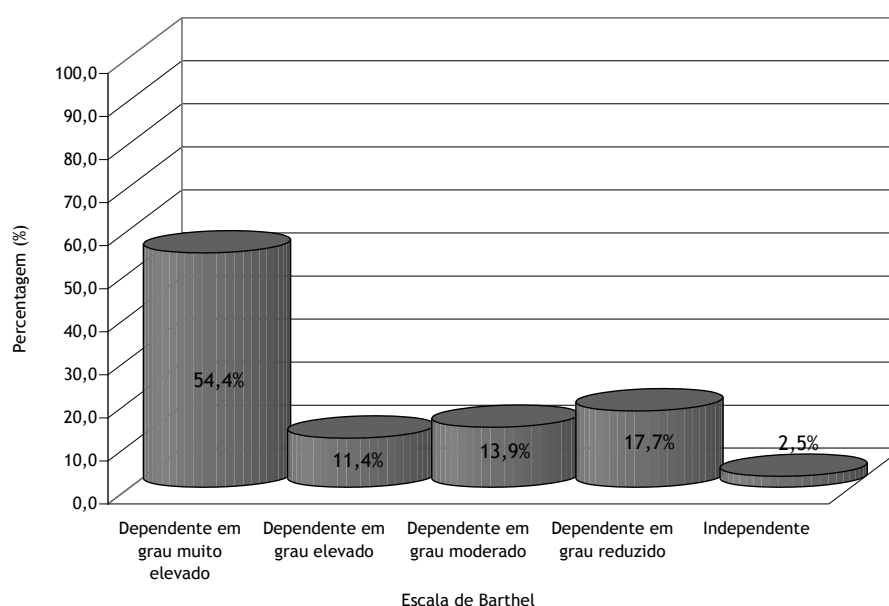
domínio de actuação (Brito, 2002; Imaginário, 2004; INE - 2010; Petronilho, 2007; Sequeira 2010).

Consumo de medicamentos

Registou-se a informação relativa ao **consumo de medicamentos** e quase todos os participantes consumiam medicamentos diariamente (97,4%, n=76). Destes, 21,3% (n=17) consumiam em média 3 medicamentos e 26,3% (n=21) consumiam habitualmente 2 fármacos diferentes.

O consumo de medicamentos mostrou ser um aspecto que deveria requerer mais atenção por parte dos enfermeiros, pois praticamente a totalidade dos participantes consumiam medicamentos diariamente. Estes resultados vão de encontro aos resultados de outros estudos (Henriques, 2006), requerendo esta população ajuda na orientação da gestão do regime medicamentoso.

Gráfico 3: Distribuição dos idosos com dependência de acordo com o Índice de Barthel



Dependência nas Actividades Básicas de Vida Diária (ABVD) através do Índice Barthel

O **Índice de Barthel** permitiu avaliar o grau de dependência, constatou-se que 54,4% (n=43) dos utentes eram totalmente dependentes, seguindo-se 11,4% (n=9) dependentes em grau elevado, 13,9% (n=11) em grau moderado, apenas 17,7% (n=14) são dependentes em grau reduzido e somente 2,5% (n=2) da amostra eram independentes (gráfico 3).

Relativamente à alimentação verificou-se que 29,1% (n=23) necessitavam de ajuda para alimentar-se, a maioria (46,8%, n=37) eram dependentes e 24,1% (n=19) independentes.

No que se refere à sua higiene pessoal verificou-se que a maioria da amostra encontrava-se dependente neste domínio (73,4%, n=58) e apenas 26,6% (n=21) eram independentes.

Constatou-se ainda que 64,6% (n=51) eram dependentes na ida à casa de banho. Os independentes corresponderam a 19,0% (n=15) dos casos e 16,5% (n=13) precisavam de alguma ajuda para os auxiliarem em algumas acções.

Destacou-se ainda que 89,9% (n=71) dos participantes necessitavam de ajuda na tarefa de tomar banho, sendo dependentes nessa tarefa. Apenas 10,1% (n=8) não necessitava de ajuda para tomar banho.

Nos itens relacionados com a mobilidade verificou-se que 59,5% (n=47) eram dependentes, 27,8% (n=22) andavam com ajuda de uma pessoa e apenas 12,7% (n=10) eram independentes. Na tarefa de deslocação da cama para a cadeira de rodas e vice-versa destacou-se 63,3% (n=50) dependentes e 12,7% (n=10) independentes. Os restantes 24,1% (n=19) necessitavam de alguma ajuda.

Para subir e descer escadas, 12,7% (n=10) revelaram precisar de alguém para os auxiliar, 6,3% (n=5) eram independentes e a maioria (81,0%, n=64) eram dependentes.

O vestir e despir eram também tarefas que 72,2% (n=57) dos participantes não conseguiam realizar sem auxílio, sendo dependentes. Apenas 11,4% (n=9) não necessitavam de ninguém que os ajudasse nessas tarefas e 16,5% (n=13) precisavam sempre de ajuda.

Embora 38,0% (n=30) tivessem controlo dos intestinos (evacuar) e 5,1% (n=4) precisassem apenas de alguma ajuda neste item, a maioria era totalmente dependente (57,0%, n=45).

Relativamente ao controlo vesical (urinar), a incontinência urinária foi observada em 64,6% (n=51) dos participantes, 20,3% (n=16) eram continentes e 15,2% (n=12) apresentavam apenas alguns problemas ocasionais.

Conclui-se então que os idosos apresentavam uma maior dependência ao nível dos seguintes domínios: tomar banho (89,9% eram dependentes), higiene pessoal (73,4% eram dependentes), ida à casa de banho (64,6% eram dependentes) e subir e descer escadas (81,0% eram dependentes).

Os dados encontrados sobre a dependência funcional corroboram os dados encontrados em outros estudos (Imaginario, 2004; Martins, 2006; Sequeira, 2007). O Índice de Barthel mostrou-se adaptado e fácil de usar, permitindo informação

adicional sobre os autocuidados onde o idoso com dependência necessita de ajuda.

Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão avaliado com a Escala de Braden

A **Escala de Braden** permitiu avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, mediante a observação, registo e pontuação de 6 dimensões relativas ao idoso com dependência (Percepção sensorial, Humidade, Actividade, Mobilidade, Nutrição, Fricção e forças de deslizamento).

Esta escala foi aplicada em 69 idosos com dependência que representam 86,3%, não foi aplicável em 11 utentes (13,7%) por não apresentarem critérios de risco. Dos utentes avaliados com a Escala de Braden 50 utentes apresentavam alto risco de úlcera de pressão (62,5%) e 19 (23,8%) demonstraram baixo risco de úlcera de pressão.

Dos factores que contribuíram para o risco destacaram-se a actividade, 47,8% (n=33) dos utentes estavam acamados e 30,4% (n=21) sentavam-se numa cadeira (não deambulavam). Da amostra, 49,3% (n=34) tinham mobilidade muito limitada e 24,6% (n=17) encontravam-se completamente imobilizados. 46,4% (n=32) apresentavam problemas ao nível da fricção e forças de deslizamento e 34,8% (n=24) denunciavam um problema potencial.

As dimensões onde se obtiveram valores mais elevados foi ao nível da percepção sensorial, 30,4% (n=21) apresentava percepção sensorial ligeiramente limitada e ainda 37,7% (n=26) não revelavam qualquer limitação. No que diz respeito à humidade, metade da amostra (50%, n=34) apresentava pele raramente húmida, enquanto 5,9% (n=4) apresentava pele constantemente húmida.

A nutrição revelava-se adequada em 40,6% (n=28) dos utentes e ainda 31,9% (n=22) tinham uma alimentação considerada excelente.

Como se pôde observar pelos resultados, os idosos com dependência avaliados apresentavam na sua maioria alto risco de úlcera de pressão. Estes resultados parecem estar directamente relacionados com facto de cerca de mais de metade da amostra ser totalmente dependente. Quanto maior for o grau de dependência para as actividades básicas de vida diária maior é o risco de vir a desenvolver úlcera de pressão. Este não é o único factor que concorre directamente para o risco, mas é sem dúvida um factor preponderante. Souza e Santos (2007) referem que a falta de mobilidade é um dos factores mais importantes para a ocorrência de úlceras de pressão. As alterações na percepção sensorial, decorrentes do uso de medicamentos e algumas doenças identificadas

que concorrem para o comprometimento da humidade e aparecimento da fricção e forças de deslizamento confirmam a caracterização da população altamente vulnerável ao desenvolvimento destas lesões crónicas. Deste modo, os familiares cuidadores precisam de ser orientados para a importância de manter medidas de alívio da pressão, implementando procedimentos, tais como, a mudança frequente de decúbito, bem como o controle da humidade, da fricção e das forças de deslizamento e proporcionar hidratação e nutrição adequada (Souza e Santos, 2007). Assim, a escala de Braden parece ser um instrumento de medida de risco útil e a manter no instrumento de avaliação em estudo.

Dados do Familiar Cuidador

Tendo por base os dados obtidos, através do formulário de avaliação inicial apresentam-se de seguida, os resultados com as variáveis dos familiares cuidadores. Dos 80 idosos com dependência seguidos, 3 (3,8%) informaram que não tinham um familiar cuidador.

Caracterização sócio demográfica

Os dados relativos à caracterização sócio-demográfica do familiar cuidador são apresentados no quadro 2 indicado de seguida.

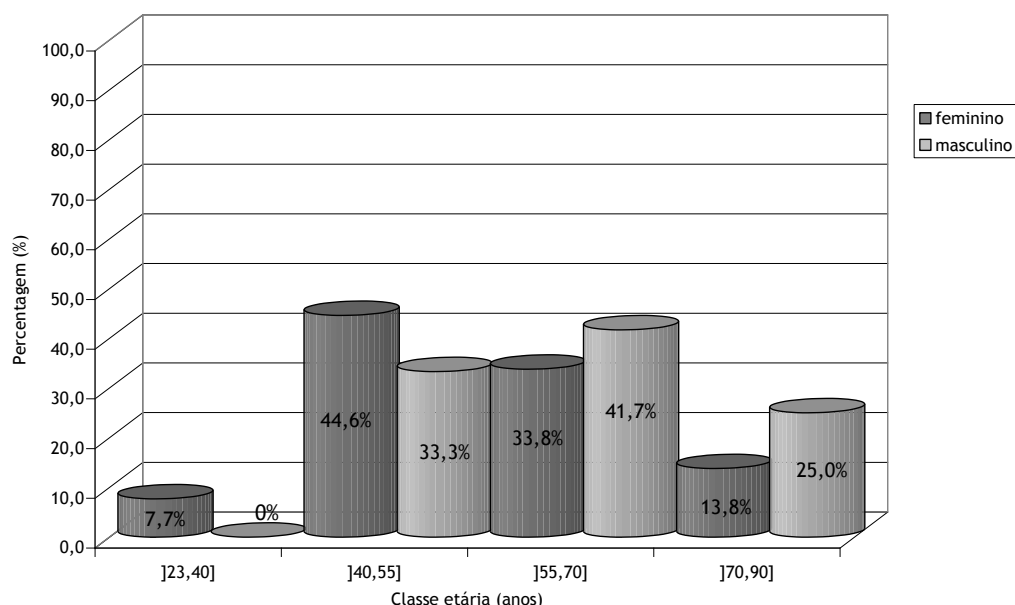
Quadro 2: Caracterização Sócio-demográfica do Familiar Cuidador

Variáveis sócio - demográficas do familiar cuidador (N=77)		N	%
Idade	[23,40]	5	6,5
	[40,55]	33	42,9
	[55,70]	27	35,1
	[70,90]	12	15,6
Sexo	Feminino	65	84,4
	Masculino	12	15,6
Estado Civil	Solteiro	6	7,8
	Casado	65	84,4
	Viúvo	1	1,3
	Divorciado	5	6,5

Como se pode observar no quadro 2, a amostra de 77 familiares cuidadores incluiu 65 mulheres e 12 homens com idade média de $57,57 \pm 12,657$ anos, variando dos 24 aos 90 anos.

As idades encontravam-se principalmente compreendidas entre os 40 e 55 anos (42,9%) e os 55 e os 70 anos (35,1%). A mediana das idades situava-se nos 56 anos. A maioria dos familiares cuidadores era do sexo feminino (84,4 %, n=65). O sexo masculino tinha assim uma presença pouco significativa (15,6%, n=12).

Gráfico 4: Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a idade e o sexo



Ao analisar a idade distribuída nas diferentes faixas etárias, verificou-se que o sexo feminino era predominante nas faixas etárias mais jovens, enquanto, nas faixas etárias mais elevadas, tal como, dos 55 aos 70 anos o sexo masculino apresentava uma percentagem ligeiramente superior (41,7%) e na faixa etária dos 70 aos 90 anos a diferença ainda era mais evidente com 25% de elementos do sexo masculino comparados a 13,8% de elementos do sexo feminino.

No que diz respeito ao **estado civil**, a distribuição dos familiares cuidadores variava entre 1,3% (n=1) de viúvos e 84,4% (n=65) de casados. Existiam ainda 7,8% (n=6) familiares cuidadores que se encontravam solteiros e 6,5% (n=5) divorciados/separados.

Relativamente ao **nível de escolaridade**, a maioria da amostra, 60,8% (n=45) concluiu apenas o ensino básico e 4,1% (n=3) dos familiares cuidadores não tinham qualquer grau de ensino. Apenas 1,4%, que correspondia a um familiar cuidador tinha o nível de escolaridade superior.

No que diz respeito à **situação profissional**, a maioria dos familiares cuidadores encontrava-se reformado (35,5%, n=27); no entanto, 26,3% (n=20) ainda mantinham uma actividade profissional. Salienta-se ainda que 11,8% (n=9)

eram domésticos e 22,4% (n=17) desempregados. Existiam ainda 3 familiares cuidadores (3,9%, n=3) que se encontravam de baixa médica. Os familiares no activo tinham **profissões** variadas associadas a um baixo nível de escolaridade. Das profissões enunciadas destacavam-se a Doméstica (13,8%) e a de Empregado Fabril (12,5%).

A **relação de parentesco** entre o idoso com dependência e o familiar cuidador era sobretudo a de filho(a) (52,0%, n=39), no entanto, 22,7% (n=17) era casado(a) com o idoso(a) com dependência e 13,3% (n=10) eram noras/genros. Apenas 2,7% (n=2) tinham uma relação de parentesco de irmão/irmã.

A maioria das questões do instrumento de avaliação permitiu efectuar uma caracterização sócio-demográfica, mostrando-se relevantes no processo. Tal como foi descrito, as características sócio-demográficas dos familiares cuidadores são concorrentes com o perfil de cuidadores existentes em Portugal e descrito por alguns autores com estudos realizados sobre a temática (Andrade 2009; Imaginário 2004; Loureiro, 2009; Martins, 2006; Marques, 2007; Sequeira, 2007; Petronilho, 2007).

Contexto da prestação de cuidados

Coabitação com o familiar com dependência

A coabitação constitui um factor de extrema importância no desempenho do papel de familiar cuidador informal, pela proximidade física e afectiva que se estabelece entre o familiar cuidador e o idoso com dependência.

Em relação à coabitação com o idoso com dependência verificava-se que a grande maioria dos familiares cuidadores partilhavam a mesma casa (81,6%, n=62) e os restantes 18,4% (n=14) não viviam com o idoso com dependência.

Esta variável mostra ser um foco de atenção na maioria dos estudos sobre a temática. Os resultados encontrados na amostra em estudo vão de encontro a estudos anteriores (Brito, 2002; Imaginário, 2004; Loureiro, 2009; Marques, 2007; Martins, 2006; Petronilho, 2007; Sequeira, 2010).

Partilha de responsabilidades da prestação de cuidados

Em 43,4% (n=33) dos casos, os familiares cuidadores referiram não ter ajuda na prestação de cuidados enquanto 56,6% (n=43) demonstraram ter ajuda, nomeadamente do marido/esposa (7,5%, n=6) e do irmão/irmã (7,5%, n=6).

Verificou-se portanto, que mais de metade dos familiares cuidadores inquiridos afirmaram possuir ajuda de outras pessoas para a prestação de cuidados. Também Brito (2002) encontrou a maioria dos cuidadores com ajuda na prestação de cuidados. Sequeira (2010) refere que as principais fontes de ajuda são provenientes de familiares próximos, o que reforça a importância do suporte familiar. Ou seja, esta é uma variável importante para avaliar o contexto dos cuidados.

Duração da situação de prestação de cuidados e tempo dispendido na prestação de cuidados

No que concerne ao tempo de prestação de cuidados, a maioria (32,5%, n=26) dos familiares cuidadores exercia essa função há menos de 2 anos, 23,8% (n=19) entre 2 e 4 anos, sendo uma minoria (7,5%, n=6) os que tinham essa responsabilidade há mais de 10 anos. Resultados similares aos encontrados nos estudos de Brito (2002), Imaginário (2004), Marques (2007) e Petronilho (2007).

Este facto leva-nos a constatar que muitos familiares cuidadores só recorrem aos serviços de saúde a solicitar apoio numa fase adiantada do processo, normalmente quando os factores inibidores da transição e/ou quando novas transições ocorrem em simultâneo levando os cuidadores para situações de vulnerabilidade e risco. Será desejável que as famílias recorram aos serviços de saúde e nomeadamente aos projectos na área do familiar cuidador/idoso para que os enfermeiros possam avaliar, monitorizar e acompanhar a evolução do processo de saúde/doença dando apoio e suporte a todo o processo e não somente em momentos de crise.

Cerca de metade (48,8%, n=39) dos familiares cuidadores quando questionados sobre o número de horas gastas a cuidar referiram despende o dia todo para ajudar o idoso com dependência nas actividades que necessitava e ainda 16,3% (n=13) gastava entre 12 a 18 horas do dia, o que faz evidenciar que 50,7% (n=38) dos familiares cuidadores não podiam deixar o seu familiar com dependência sozinho. Resultados semelhantes a Martins (2006) e Sequeira (2010).

No entanto é de referir a dificuldade que os familiares cuidadores tiveram em responder a esta questão uma vez que o que acontecia na realidade é que despendiam a totalidade do dia junto do seu familiar com dependência, mas pouco desse tempo era efectivamente a prestar cuidados. Chegou-se portanto à conclusão que a pergunta apesar de parecer pertinente, pode revelar resultados que não correspondem à realidade.

Outras pessoas com dependência a cargo do familiar cuidador

Dos familiares cuidadores inquiridos 84,2% (n=64) tinham a seu cargo apenas a pessoa com dependência referenciada. Nas situações em que o familiar cuidador tinha a seu cargo mais do que uma pessoa com dependência, reportavam-se sobretudo a parentescos de pai/mãe (8,8%, n=7) ou sogro/sogra (2,5%, n=2). Resultados semelhantes foram encontrados por Brito (2002) e Loureiro (2009).

Conhecimentos e experiência para a prestação de cuidados

A situação de dependência de um familiar vai gerar na família a necessidade de informação. Estar dotado de informação é uma estratégia importante para a promoção das competências no exercício do papel e deste modo facilitar a transição para o papel de familiar cuidador.

Relativamente à experiência do familiar cuidador no desempenho do papel de familiar cuidador, em situações anteriores, 73,7% (n=56) revelaram ser a primeira vez que se deparavam com uma situação deste tipo, 26,3% (n=20) indicaram que já tiveram de cuidar do seu pai/mãe (13,8%, n=11), do seu sogro/sogra (2,5%, n=2) ou de outra pessoa, sem relação de parentesco (2,5%, n=2).

A maioria dos familiares cuidadores (84,2%, n=64) admitiu que não teve qualquer preparação prévia para prestar cuidados ao seu familiar. Quando tinham dúvidas sobre os cuidados a prestar ao idoso com dependência, 93,4% (n=71) procuravam informação, principalmente, a médicos e enfermeiros (55,3%, n=42), os livros representavam apenas 1,3% (n=1) da fonte da informação. De salientar que ninguém recorria à informação disponibilizada através da internet.

A preparação do familiar cuidador tem sido alvo de investigações recentes, havendo consenso sobre o reduzido número de cuidadores correctamente preparados para prestarem cuidados (Driscoll, 2000; Marques, 2010; Petronilho, 2007).

Driscoll (2000) no seu estudo constatou que cerca de 80% dos familiares cuidadores não receberam informação no domínio da prevenção de complicações.

Os cuidados prestados ao idoso com dependência são implementados por familiares cuidadores sem formação específica para a prestação de cuidados, pelo que muitas vezes essa prestação de cuidados não apresenta um rigor técnico e científico adequado, embora represente um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afectivos e peculiares da história da vida de cada família (Sequeira, 2007).

Situação de saúde do familiar cuidador

Verificou-se também que, no que diz respeito ao estado de saúde do familiar cuidador, 47,4% (n=36) revelaram não apresentar qualquer doença ou incapacidade, enquanto 52,6% (n=40) acusaram ter doenças/incapacidades, das quais destacavam-se as doenças osteo-articulares (12,5%, n=10) e problemas cardíacos (6,3%, n=5). Resultados semelhantes foram encontrados por Brito (2002), Martins (2006) e Sequeira (2010). Ou seja, há situações de doentes que cuidam de doentes. Esta referência deve ser tida em conta por parte dos enfermeiros uma vez que o potencial de saúde pode ser um factor de risco para estes cuidadores desenvolverem sobrecarga física, emocional e social ou mesmo agravarem ou desenvolverem outras patologias.

Conhecimento sobre os recursos da comunidade e interesse em integrar estruturas de apoio na comunidade

A maior parte dos familiares cuidadores (84,0%, n=63) tinham conhecimento da existência das estruturas de apoio da comunidade mas apenas 44,0% (n=33) recorriam às mesmas. Destas destacam-se os Centros de dia (26,5%, n=21).

Verificou-se também, que 42,7% (n=32) admitiram precisar de mais apoio dos profissionais de saúde, 15,0% (n=12) necessitavam de mais apoio médico e apenas 3,8% (n=3) referiram necessitar de mais apoio de cuidados de enfermagem.

Ao serem questionados sobre o interesse em integrarem um Grupo de Ajuda para Familiares Cuidadores na comunidade, 55,6% (n=40) responderam que sim e 44,4% (n=32) responderam negativamente.

Quando se fez a mesma pergunta mas quanto à integração de uma rede de voluntariado para familiares cuidadores, 56,2% (n=41) informaram que gostariam de utilizar esse serviço, enquanto 43,8% (n=32) não tinham qualquer interesse.

No contexto multidisciplinar e multiprofissional, é de enorme importância a preocupação dos enfermeiros em transmitir aos familiares cuidadores um leque de conhecimentos, de capacidades e de recursos da comunidade que lhes permitam ajudar o seu familiar com dependência no domínio do autocuidado, na gestão do regime terapêutico, na prevenção de complicações e no seu bem-estar psicológico. Estes pressupostos contribuem para uma transição personalizada e com qualidade (Petronilho, 2007).

Quadro 3: Competências na Prestação de Cuidados

	Conhecimentos			Capacidades			
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Não Observado
Autocuidado: Higiene							
Material necessário	57,5% n= 42	9,6% n= 7	32,9% n= 24	1,4% n= 1	0% n= 0	84,7% n= 61	13,9% n= 10
Frequência do banho	54,1% n= 40	13,5% n= 10	32,4% n= 24	1,4% n= 1	0% n= 0	84,7% n= 61	13,9% n= 10
Temperatura da água e do ambiente	59,5% n= 44	9,5% n= 7	31,1% n= 23	1,4% n= 1	0% n= 0	83,3% n= 60	15,3% n= 11
Barbear	25,3% n= 19	5,3% n= 4	69,3% n= 52	0% n= 0	0% n= 0	90,3% n= 65	9,7% n= 7
Cuidados com a boca	36,0% n= 27	37,3% n= 28	26,7% n= 20	1,4% n= 1	0% n= 0	80,6% n= 58	18,1% n= 13
Limpar os ouvidos	58,7% n= 44	12,0% n= 9	29,3% n= 22	1,4% n= 1	0% n= 0	83,3% n= 60	15,3% n= 11
Limpar o nariz	60,0% n= 45	10,7% n= 8	29,3% n= 22	1,4% n= 1	0% n= 0	81,9% n= 59	16,7% n= 12
Cortar as unhas	62,7% n= 47	9,3% n= 7	28,0% n= 21	1,4% n= 1	0% n= 0	80,6% n= 58	18,1% n= 13
Higiene do cabelo	59,5% n= 44	10,8% n= 8	29,7% n= 22	1,4% n= 1	0% n= 0	81,9% n= 59	16,7% n= 12
Dar banho	45,9% n= 34	23,0% n= 17	31,1% n= 23	2,8% n= 2	1,4% n= 1	83,3% n= 60	12,5% n= 9
Material necessário para trocar fralda	48,0% n= 36	20,0% n= 15	32,0% n= 24	1,4% n= 1	2,8% n= 2	76,4% n= 55	19,4% n= 14
Frequência da troca de fralda	45,3% n= 34	22,7% n= 17	32,0% n= 24	1,4% n= 1	2,8% n= 2	76,4% n= 55	19,4% n= 14
Trocar a fralda	46,7% n= 35	21,3% n= 16	32,0% n= 24	1,4% n= 1	2,8% n= 2	76,4% n= 55	19,4% n= 14
Vigiar a pele do períneo	48,8% n= 36	26,7% n= 20	25,3% n= 19	1,4% n= 1	2,8% n= 2	76,4% n= 55	19,4% n= 14
Autocuidado: Vestir e Despir							
Material necessário	79,7% n= 59	6,8% n= 5	13,5% n= 10	7,0% n= 5	0% n= 0	66,2% n= 47	26,8% n= 19
Vestir e despir	81,1% n= 60	6,8% n= 5	12,2% n= 9	7,0% n= 5	0% n= 0	66,2% n= 47	26,8% n= 19
Calçar e descalçar	64,9% n= 48	6,8% n= 5	28,4% n= 21	5,6% n= 4	0% n= 0	67,6% n= 48	26,8% n= 19
Autocuidado: Alimentar por Via Oral							
Material necessário	73,3% n= 55	14,7% n= 11	12,0% n= 9	4,2% n= 3	2,8% n= 2	69,4% n= 50	23,6% n= 17
Constituição das refeições	64,0% n= 48	24,0% n= 18	12,0% n= 9	4,2% n= 3	2,8% n= 2	69,4% n= 50	23,6% n= 17
Hidratação Oral	53,3% n= 40	34,7% n= 26	12,0% n= 9	4,2% n= 3	1,4% n= 1	68,1% n= 49	26,4% n= 19
Frequência	58,7% n= 44	30,7% n= 23	10,7% n= 8	4,2% n= 3	4,2% n= 3	67,7% n= 48	25,0% n= 18
Posicionamento/ Local de refeições	76,0% n= 57	13,3% n= 10	10,7% n= 8	2,8% n= 2	2,8% n= 2	69,4% n= 50	25,0% n= 18
Alimentar	74,0% n= 56	12,0% n= 9	13,3% n= 10	2,8% n= 2	2,8% n= 2	70,8% n= 51	23,6% n= 17
Cuidados após alimentar	58,7% n= 44	29,3% n= 22	12,0% n= 9	1,4% n= 1	2,8% n= 2	70,8% n= 51	25,0% n= 18
Autocuidado: Alimentar por SNG							
Material necessário	8,0% n= 6	2,7% n= 2	89,3% n= 67	2,9% n= 2	0% n= 0	94,3% n= 66	2,9% n= 2
Constituição das refeições	4,1% n= 3	4,1% n= 3	91,9% n= 68	1,4% n= 1	0% n= 0	95,8% n= 68	2,8% n= 2
Hidratação Oral	5,4% n= 4	4,1% n= 3	90,5% n= 67	2,8% n= 2	0% n= 0	94,4% n= 67	2,8% n= 2
Posicionamento	6,8% n= 5	2,7% n= 2	90,5% n= 67	2,9% n= 2	0% n= 2	94,3% n= 66	2,9% n= 2

Quadro 3: Competências na Prestação de Cuidados (cont.)

Confirmar posicionamento da SNG	6,8% n= 5	2,7% n= 2	90,5% n= 67	4,2% n= 3	0% n= 0	93,0% n= 66	2,8% n= 2
Alimentar por SNG	5,5% n= 4	2,7% n= 2	91,8% n= 67	1,4% n= 1	0% n= 0	94,4% n= 67	4,2% n= 3
Cuidados após alimentar	5,4% n= 4	2,7% n= 2	91,9% n= 68	1,4% n= 1	0% n= 0	95,8% n= 68	2,8% n= 2
Autocuidado: Uso do Sanitário							
Auxiliar no uso do sanitário	24,7% n= 18	2,7% n= 2	72,6% n= 53	1,4% n= 1	2,8% n= 2	90,1% n= 64	5,6% n= 4
Autocuidado: Posicionar							
Material necessário	24,0% n= 18	49,3% n= 37	26,7% n= 20	4,2% n= 3	5,6% n= 4	69,4% n= 50	20,8% n= 15
Frequência	18,7% n= 14	54,7% n= 41	26,7% n= 20	4,2% n= 3	6,9% n= 5	69,4% n= 50	19,4% n= 14
Posicionar em decúbito dorsal	24,0% n= 18	49,3% n= 37	26,7% n= 20	1,4% n= 1	9,6% n= 7	68,5% n= 50	20,5% n= 15
Posicionar em decúbito lateral esquerdo/direito	21,3% n= 16	52,0% n= 39	26,7% n= 20	4,1% n= 3	8,2% n= 6	68,5% n= 50	19,2% n= 15
Posicionar em decúbito ventral	13,3% n= 10	53,3% n= 40	33,3% n= 25	1,4% n= 1	8,2% n= 6	75,3% n= 55	15,1% n= 11
Posicionar em decúbito semi-dorsal	17,3% n= 13	54,7% n= 41	28,0% n= 21	2,7% n= 2	8,2% n= 6	71,2% n= 52	17,8% n= 13
Posicionar em decúbito semi-ventral	12,0% n= 9	54,7% n= 41	33,3% n= 25	2,7% n= 2	8,2% n= 6	74,0% n= 54	15,1% n= 11
Sentar o receptor de cuidados no leito com as pernas pendentes	17,3% n= 13	53,3% n= 40	29,3% n= 22	4,2% n= 3	8,3% n= 6	72,2% n= 52	15,3% n= 11
Deslocar o receptor de cuidados no mesmo decúbito	17,3% n= 13	56,0% n= 42	26,7% n= 20	4,2% n= 3	2,8% n= 2	70,8% n= 51	22,2% n= 16
Mudar o receptor de cuidados de decúbito dorsal para decúbito lateral	17,3% n= 13	56,0% n= 42	26,7% n= 20	2,8% n= 2	2,8% n= 2	72,2% n= 52	22,2% n= 16
Autocuidado: Transferir							
Transferir da cama para o cadeirão e vice-versa	26,7% n= 20	22,7% n= 17	50,7% n= 38	2,8% n= 2	1,4% n= 1	81,9% n= 59	13,9% n= 10
Autocuidado: Deambular							
Material necessário	26,7% n= 20	10,7% n= 8	62,7% n= 47	1,4% n= 1	1,4% n= 1	93,1% n= 67	4,2% n= 3
Assistir o receptor de cuidados no deambular	28,0% n= 21	10,7% n= 8	61,3% n= 46	2,8% n= 2	1,4% n= 1	90,3% n= 65	5,6% n= 4
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas							
Transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa	13,3% n= 10	5,3% n= 4	81,3% n= 61	1,4% n= 1	0% n= 0	93,1% n= 67	5,6% n= 4
Cuidados no uso da cadeira de rodas	16,0% n= 12	4,0% n= 3	80,0% n= 60	1,4% n= 1	0% n= 0	94,4% n= 68	4,2% n= 3
Gestão do Regime Medicamentoso							
Providenciar o regime medicamentoso	78,7% n= 59	17,3% n= 13	4,0% n= 3	8,2% n= 6	0% n= 0	64,4% n= 47	27,4% n= 20
Identificar a medicação	76,0% n= 57	20,0% n= 15	4,0% n= 3	15,1% n= 11	1,4% n= 1	56,2% n= 41	27,4% n= 20
Administrar medicamentos	80,0% n= 60	16,0% n= 12	4,0% n= 3	6,8% n= 5	1,4% n= 1	63,0% n= 46	28,8% n= 21
Prevenção de Acidentes							
Identificar factores de risco	65,3% n= 49	32,0% n= 24	2,7% n= 2	11,0% n= 8	2,7% n= 2	58,9% n= 43	27,4% n= 20
Garantir um ambiente seguro	66,7% n= 50	30,7% n= 23	2,7% n= 2	12,3% n= 9	1,4% n= 1	58,9% n= 43	27,4% n= 20

Competências na prestação de cuidados

O termo competência insere-se numa matriz conceptual muito abrangente, não se encontrando, ainda, estabilizado em termos da sua definição e as

dimensões que envolve. O termo competência é utilizado para designar competência profissional, conhecimentos, aptidões, capacidades e atitudes (Petronilho, 2007).

O conceito de competência traduz a capacidade para concretizar eficazmente o saber e o saber-fazer na realização de uma tarefa, em cuja construção estão englobados vários elementos do domínio cognitivo, afectivo e psicomotor (Petronilho, 2007, p. 70).

Alguns autores preferem a utilização do conceito de habilidades (*skills*) para expressarem o conjunto de requisitos que os familiares cuidadores terão que mobilizar e integrarem nos processos de prestar cuidados (Shyu, 2000).

Assumir a responsabilidade de desempenhar o papel de cuidador é um processo de transição que exige a aquisição de um conjunto de estratégias que permitam uma adaptação eficaz.

O processo de ensinar, instruir e treinar o familiar cuidador é decisivo na aquisição de habilidades para o exercício do papel. O acesso a informação sobre a temática da prestação de cuidados é fundamental, no sentido de capacitar o familiar cuidador para lidar com a situação de dependência do seu familiar, tanto a nível instrumental como emocional.

Tal como descrito no quadro 3, relativamente aos conhecimentos do familiar cuidador, verificou-se que a maioria, com percentagens sempre acima dos 50%, possuíam conhecimentos para a realização de actividades nos domínios do autocuidado higiene, vestir e despir, alimentar por via oral, gestão do regime medicamentoso e prevenção de acidentes.

Na análise das actividades mais específicas, como por exemplo, alimentação por SNG, uso do sanitário, posicionar, transferir, deambular e uso de cadeira de rodas, os valores dos conhecimentos eram mais baixos (percentagens inferiores a 28%).

O domínio onde se verificou maior défice de conhecimentos foi ao nível de actividades muito específicas, tal como a alimentação por SNG. No entanto é de referir que os idosos com dependência que eram alimentados por SNG correspondiam a menos de 10% da amostra, ou seja, esta leitura não pode ser linear na dedução que corresponde a áreas com maior desconhecimento.

Concluiu-se então que as áreas do conhecimento em que os familiares cuidadores manifestaram ter maior domínio prenderam-se com actividades mais básicas como vestir e despir, cuidados de higiene e alimentação por via oral.

As dimensões hábitos alimentares adequados e regime medicamentoso apresentam resultados muito satisfatórios no contexto familiar (Petronilho, 2007).

No entanto, para as funções relacionadas com a alimentação por SNG, uso do sanitário, posicionar, transferir, deambular e uso de cadeira de rodas já revelaram ser áreas com alguns défices de conhecimento.

Também Petronilho (2007, p.141) refere *que as dimensões relativas aos conhecimentos dos cuidadores face às necessidades do doente no autocuidado, nomeadamente, o transferir-se e o posicionar-se, apresentam resultados muito negativos.*

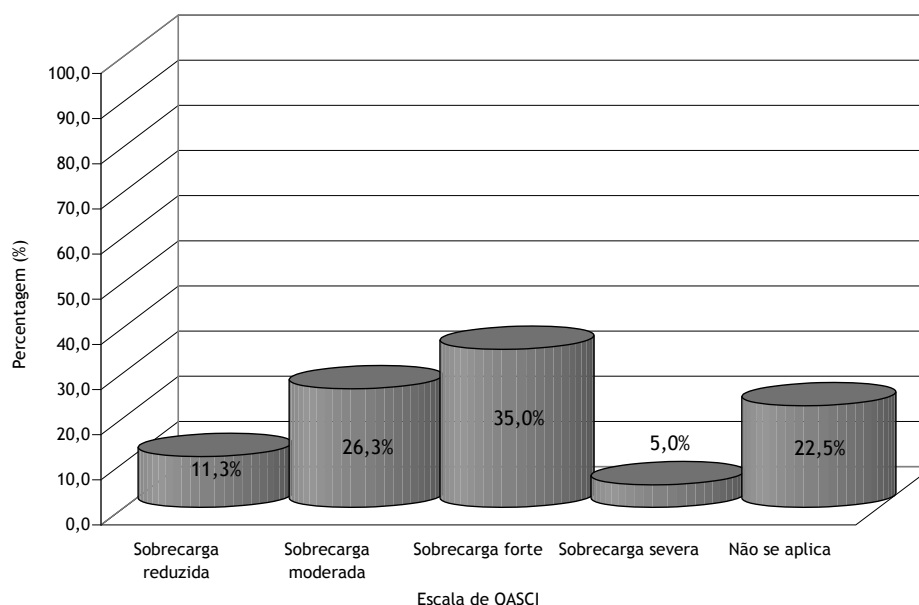
No que diz respeito à avaliação das capacidades dos cuidadores, na maioria dos casos não foi aplicável ou não foi observado. Quando foi possível observar-se, destacavam-se os domínios da prevenção de acidentes (11,0%, n=8 na identificação de factores de risco e 12,3%, n=9 na garantia de um ambiente seguro), e na gestão do regime medicamentoso, em que 15,1% (n=11) dos familiares cuidadores referiram saber identificar a medicação, 8,2% (n=6) sabiam providenciar o regime medicamentoso e 6,8% (n=5) sabiam administrar os medicamentos.

O facto de a maioria dos resultados, no que concerne às capacidades, ter sido não aplicável ou não observado deveu-se essencialmente a dois factores: o primeiro prendeu-se com o facto de muitos familiares cuidadores serem o próprio marido/esposa, pessoas com idade avançada e com limitações funcionais e cognitivas, que apesar de terem sido considerados como cuidadores principais, a verdade é que, muitas vezes, grande parte dos domínios do autocuidado (ex: higiene, alimentação, posicionamentos, transferências) estava a cargo de cuidadores formais como é o caso do apoio domiciliário dos centros de dia. Mesmo nos casos em que os cuidadores eram as filhas, à partida pessoas mais capazes do ponto de vista funcional e cognitivo, também nessas situações se verificava a existência de ajuda formal por parte de instituições. Este facto é comprovado pela grande percentagem de famílias que beneficiavam de apoios formais e informais. O outro factor prendeu-se com o facto de não ter sido possível em grande parte das situações, observar-se as capacidades do familiar cuidador no momento da visita domiciliária. Esta situação deveu-se essencialmente a limitações temporais por parte do profissional de saúde, nomeadamente do enfermeiro para conseguir observar na prática a execução de todas as actividades referentes aos domínios do autocuidado.

Conclui-se portanto que o instrumento na sua versão inicial não se encontrava adaptado à avaliação inicial do familiar cuidador, principalmente na

área das competências para a prestação de cuidados, uma vez que contemplava uma área das habilidades instrumentais que na prática revelou ser difícil a sua operacionalização.

Gráfico 5: Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)



Sobrecarga no exercício do papel

As repercussões pessoais, sociais e económicas que a prestação continuada de cuidados pode ter na vida dos familiares cuidadores tem sido uma temática a ser estudada por vários autores.

O QASCI foi aplicado a 62 familiares cuidadores (77,5%), a sua aplicação só era efectuada quando no contacto inicial o familiar cuidador manifestava alguns sinais de tensão e sobrecarga pelo exercício do papel de cuidador e quando o desempenho do papel se verificasse há mais de 6 meses. Da análise dos níveis de sobrecarga, constatou-se que estamos perante uma população de familiares cuidadores com níveis médios de sobrecarga, uma vez que 35,0% (n=28) apresentavam uma forte sobrecarga e 26,2% (n=21) apresentavam níveis de sobrecarga moderada. De salientar que os valores extremos representaram uma minoria da amostra, 11,2% (n=9) sobrecarga reduzida e 5,0% (n=4) sobrecarga severa (gráfico 6). Resultados semelhantes aos encontrados em outros estudos em que se utilizou o mesmo instrumento (Abreu & Ramos, 2007; Loureiro, 2009; Martins, 2006; Marques, 2007; Pereira, 2007). Na análise usou-se apenas a escala total, não sendo efectuada análise pelas diferentes dimensões. Todavia, uma análise mais pormenorizada poderia identificar áreas mais problemáticas que

comprometem a saúde e o bem-estar dos familiares cuidadores. Apesar de Sequeira (2010) referir que a sobrecarga dos cuidadores estava em parte associada à sua dependência, no presente estudo tal não se verificou, pois apesar da maioria dos idosos com dependência apresentarem um grau dependência elevado, esses valores não concorreram directamente com a sobrecarga. Talvez estejam associados à existência de apoios formais e informais e a disponibilização dos recursos da comunidade como forma de promover a adaptação ao papel de familiar cuidador e promover um desempenho adequado e eficaz.

De salientar que a utilização deste instrumento na sua versão original com 32 itens tornou o formulário de avaliação inicial bastante extenso e demorado. O estudo recente de Rodrigues (2011) que propõe a aplicação de uma versão reduzida do QASCI com apenas 14 itens em muito irá contribuir para uma melhor operacionalização desta variável.

FASE 2:

Dado o documento em análise estar a ser utilizado na UCCSH há mais de um ano e não ter sido submetido a um processo de validação de conteúdo aquando da sua criação, pretendeu-se à posterior fazer este estudo. Assim, os resultados anteriormente descritos foram submetidos a um grupo de peritos na temática para ajuizar sobre a pertinência e adequação do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador.

O grupo de peritos efectuou uma análise criteriosa do conteúdo do instrumento, efectuando uma avaliação qualitativa dos itens, tendo por base os conteúdos semânticos, sintácticos e expressivos. Efectuou também apreciações quanto ao conteúdo, forma, clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos dos itens incluídos no instrumento.

Após reflexão, análise e discussão do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador e dos respectivos resultados estatísticos (Anexo 5), o grupo de peritos considerou que, o formulário em análise dava resposta à grande maioria das variáveis necessárias para o juízo clínico dos cuidados que o idoso com dependência requeria e à avaliação inicial dos conhecimentos dos familiares cuidadores. Na análise de pormenor foram sugeridas por consenso algumas alterações.

Para tornar compreensível a descrição dos resultados obtidos através do recurso ao grupo de peritos optou-se por dividir os resultados por itens, colocando quadros explicativos das principais alterações e respectiva justificação.

As sugestões de alterações decorrentes da 1ª reunião são apresentadas de seguida.

Quadro 4: Itens Eliminados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH

Itens	Justificação
Questão nº 1 - tipo de alojamento	A questão não produz resultados que possam ter influência no plano terapêutico de seguimento.
Questão nº 28 - número de horas que o familiar cuidador despende a prestar cuidados ao seu familiar com dependência.	A questão mostrou-se de difícil resposta por parte dos familiares cuidadores, não traduzindo o tempo efectivo de prestação de cuidados.

Quadro 5: Itens Alterados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH

Itens	Justificação
Item recusa	Por uma questão de organização, optou-se por colocar este item no final do formulário, e não eliminá-lo por terem surgido situações de desistência durante o processo de avaliação.
Questão nº 35 - Competências na prestação de cuidados	O grupo considerou que as especificações colocadas nos domínios do autocuidado, não eram explícitas sugerindo a colocação de um texto explicativo em cada um dos diferentes domínios. Decidiu também eliminar a coluna das capacidades, uma vez que esta variável era de difícil operacionalização. Com estas alterações pretendia-se criar uma escala de avaliação de competências que fosse operacional, que permitisse identificar necessidades e que ao mesmo tempo estabelecesse critérios bem definidos e uniformes, para poder ser utilizada por diferentes enfermeiros minimizando juízos de valor.

Quadro 6: Itens Acrescentados no Formulário de Avaliação Inicial utilizado na UCCSH

Itens	Justificação
Questão 15 - tipo de medicamentos.	Foi sugerido pelo grupo colocar um quadro onde constasse a prescrição médica (nome comercial, dosagem e frequência de administração) e o grupo farmacológico a que se refere. O grupo considerou ser um aspecto importante e que deveria estar mais explorado no formulário de forma a poder minimizar situações de esquecimento e troca de medicação. A gestão do regime terapêutico é um foco de atenção de enfermagem de primordial importância. O estudo de Beckam <i>et al.</i> (2005) refere que os idosos muitas vezes não tomam a medicação porque apresentam incapacidades funcionais que lhes limitam a capacidade de abrir as embalagens e também cometem erros por dificuldade de visão, de leitura ou de compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde. É importante perceber de que forma o idoso com dependência e o familiar cuidador podem ser ajudados a gerir e a aderir ao regime medicamentoso.
Número total de medicamentos diários;	Dado que os resultados estatísticos revelaram que quase todos os idosos com dependência consumiam medicamentos, pareceu ao grupo ser uma questão relevante e útil para melhor avaliar a adesão ao regime medicamentoso. A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de apenas 4% a 10%, 80% tomam um medicamento (Beyth, 1999 e Spiers, 2004, cit. por Henriques, 2006).

O grupo debateu com particular interesse o conteúdo e a estrutura das questões relativas à avaliação dos conhecimentos e capacidades do familiar cuidador. Decidiu-se elaborar duas diferentes versões que foram enviadas a cada elemento do grupo de peritos para que pudessem reflectir e debater na reunião seguinte. Foram efectuadas 2 versões diferentes que se designaram respectivamente:

- Formulário versão experimental 1 (Anexo 7);
- Formulário versão experimental 2 (Anexo 8).

As versões anteriormente mencionadas diferem pela apresentação do quadro das competências na prestação de cuidados. Na versão experimental 1 os critérios definidores de cada um dos domínios do autocuidado são apresentados resumidamente e alocados no respectivo quadro. No que respeita à versão experimental 2, no quadro das competências na prestação de cuidados, os mesmos critérios definidores são apresentados por tópicos e é associado ao formulário um manual de preenchimento no qual é descrito a operacionalização dos critérios

definidores. Este documento serve de apoio à aplicação do instrumento de avaliação, essencialmente como um suporte de consulta (Anexo 9).

Na 2ª reunião os peritos consideraram que a versão experimental 1 (Anexo 7) era a mais adequada e a mais operacional para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do familiar cuidador e do idoso com dependência pelo que, foi nessa versão que o grupo continuou a deliberar relativamente às questões existentes.

Quadro 7: Itens Eliminados no Formulário versão experimental 1

Itens	Justificação
Questões nº 7 e 8 - profissão principal e escolaridade do idoso com dependência	A questão não produz resultados que possam ter influência no plano terapêutico de seguimento.
Questão nº 32 - Quando tem dúvidas sobre os cuidados, procura informação?	Como descrito nos resultados estatísticos, corroborado por outros estudos, a maioria dos familiares cuidadores (84,2%) admitiram que não tiveram qualquer preparação prévia e quando têm dúvidas sobre a prestação de cuidados recorrem essencialmente ao médico e ao enfermeiro.
Questão nº 35 e 36 - Tem conhecimento das estruturas de apoio na comunidade? Recorre às estruturas de apoio na comunidade?	As questões não acrescentam nova informação, uma vez que no início do formulário já existe uma questão sobre os tipos de apoio utilizados, com itens descriminados.

Quadro 8: Itens Alterados no Formulário versão experimental 1

Itens	Justificação
Questão nº 3 - Apoios utilizados	Nesta questão foi sugerido eliminar as opções de resposta existentes e colocar as seguintes opções de resposta: Centro de Saúde, Hospital, RNCCI, UCC, Fisioterapia, outro). Estas opções vão de encontro às novas tipologias de cuidados existentes que surgiram com a reformulação dos CSP.
Substituir a expressão “Dados do utente dependente”, por “Dados do utente com dependência”;	Foi decidido efectuar esta alteração por se considerar que a expressão “com dependência” tem uma conotação menos negativa, sendo uma designação utilizada pela RNCCI tal como se encontra descrito no Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, artigo 3º, p.3857.
Questão nº 10 - Início da dependência	Foi sugerido nesta questão especificar o ano, o mês e o dia para haver maior rigor na resposta.
Questão nº 11 - complicações da situação de dependência	As opções existentes eram redutoras e uma vez que as complicações podem ser variadas optou-se por deixar um campo em branco para poder ser acrescentada informação em texto livre e deste modo ter acesso a informação mais detalhada.

Quadro 8: Itens Alterados no Formulário versão experimental 1 (cont.)

Itens	Justificação
Questões nº 12 e nº 13 - internamentos e recurso ao serviço de urgência (SU)	Foi decidido especificar o nº de internamentos e de recurso ao SU relativos nos últimos 12 meses. À semelhança da questão anterior, optou-se por deixar um campo em branco para poder ser acrescentada informação em texto livre e deste modo ter acesso a informação mais detalhada.
Questão 14 - Consumo de medicamentos	Foi colocada uma legenda por baixo do quadro da medicação, relativa aos grupos de fármacos. A alteração prende-se com a melhor visualização do campo de preenchimento, melhorando a organização da informação.
Na questão nº 20 - doença/incapacidade do familiar cuidador	Foi sugerido mudar de posição passando a ser a questão nº 22. A alteração permitiu o melhoramento em termos de organização e de sequência de informação.
Questão nº 21 - profissão principal	Foi substituída a designação de “Profissão principal” por “Profissão actual” e trocada a posição da questão com a questão nº 22, que se refere à situação profissional. A alteração pretende aferir qual a profissão do familiar cuidador actualmente e de que forma poderá ter implicações na prestação de cuidados.
Questão nº 22 - situação profissional.	As opções de resposta foram reformuladas de forma a englobar situações mais actuais como é o caso da Pré-reforma. Assim as opções foram as seguintes: Activo(a); Pré-reforma; Reformado(a) por idade; Reformado(a) por invalidez; Desempregado(a); Doméstica/ nunca trabalhou e baixa clínica especificando o motivo.
Na questão nº 29, substituir a frase: “Já cuidou de alguém antes?” por “Já cuidou de alguém com dependência?”	Foi substituída a frase: “Já cuidou de alguém antes?” por “Já cuidou de alguém com dependência?”. A alteração foi efectuada no sentido de especificar a experiência prévia no desempenho do papel de familiar cuidador.
Questão nº 33 - Competências na prestação de cuidados	Foi sugerido que o texto explicativo dos conhecimentos de cada domínio do autocuidado fosse dividido em itens numerados, para desta forma melhor identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador. Para elaboração e fundamentação destas especificações recorreu-se à seguinte bibliografia: (Nettina, 2007; Kozier, 1999; Potter <i>et al.</i> , 1999; Potter <i>et al.</i> , 2005). O crescente aumento das necessidades dos familiares cuidadores requer constantemente o desenvolvimento e avaliação de intervenções. As intervenções de apoio ao familiar cuidador devem ser baseadas na teoria e serem focadas essencialmente nas necessidades, tanto da pessoa com dependência como do familiar cuidador necessária (Harding, R.; Higginson, I. J., 2003).

Quadro 9: Itens Acrescentados no Formulário versão experimental 1

Itens	Justificação
Dados da família	Foi decidido acrescentar uma questão relativa ao nº de pessoas que residem na habitação, uma vez que só através do tipo de família não é possível identificar o nº de elementos do agregado familiar.
Questão nº 27, “Vive na mesma habitação que o seu familiar?”	Foi decidido acrescentar a opção de resposta: esporadicamente. Como já foi referido a coabitação é um aspecto importante no desempenho do papel de familiar cuidador. Porém, verificam-se algumas situações em que a prestação de cuidados é dividida por diferentes cuidadores, como é o exemplo o caso de irmãos que alternam a prestação de cuidados entre si, deslocando-se esporadicamente para casa do familiar com dependência. A situação contrária também pode acontecer, sendo o familiar com dependência a deslocar-se alternadamente para casa de cada cuidador.

Não se verificando mais nenhuma sugestão de alterações, procedeu-se à reformulação do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador, tendo por base as alterações sugeridas que se designou de Formulário versão 3 Final após segunda reunião com o grupo de peritos (Anexo 10). A versão final foi enviada por correio electrónico a todos os peritos constituintes do grupo que manifestaram o seu parecer favorável.

Depois de efectuadas e analisadas as alterações decorrentes das reuniões dos peritos chegou-se a um documento final de registo da avaliação inicial do familiar cuidador em contexto da comunidade (Anexo 10). Esta nova versão reúne critérios de clareza, exactidão, compreensão, operacionalidade, reprodutibilidade e especificidade.

Desta forma conseguiu atingir-se os objectivos previamente definidos, adequando o instrumento estudado à avaliação do familiar cuidador. Acresce ainda o facto de ter sido possível, através do recurso ao painel de peritos, efectuar a validação de conteúdo do instrumento. Fortin (2009) refere que a validade de conteúdo refere-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo e pode ser obtida através do recurso a um grupo de peritos. Pede-se a um grupo de peritos para julgar a validade de conteúdo de um instrumento de medida e determinar se o instrumento mede o que é suposto medir.

Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir. A validade de conteúdo está directamente ligada à definição teórica do conceito, à definição precisa do

objecto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar (Fortin, 2009).

Haynes *et al.* (1995, cit. por Alexandre *et al.*, 2011) refere que a validade de conteúdo é também definida como a avaliação do grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação. Segundo os mesmos autores, os elementos de um instrumento são todos os aspectos do processo de medida que podem afectar a recolha de dados. No caso de um formulário, consideram-se como elementos as instruções, o formato das respostas e os itens de forma individual.

Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto (Hulley *et al.*, 2008, p.267). Lynn (1986, cit por Fortin, 2009) refere que é recomendável pedir ajuda a pelo menos cinco peritos, podendo no entanto ser possível obter dados satisfatórios com três peritos. A validade de conteúdo conseguiu-se com a ajuda de cinco peritos com investigação e experiência profissional na área do familiar cuidador. Inicialmente avaliaram o instrumento no seu todo, determinando a sua abrangência. Desta forma, foi verificado se relativamente a cada conceito ou domínio estavam incluídos a globalidade de itens necessários à avaliação desses mesmos domínios ou conceitos procedendo posteriormente à inclusão de alguns itens e à alteração e eliminação de outros.

A sistematização da avaliação inicial do familiar cuidador contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem em função das necessidades educativas individuais. Esta metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação ao desempenho do papel de familiar cuidador, traduzindo ganhos em saúde.

O instrumento de avaliação inicial do familiar cuidador pretende ser um contributo para a avaliação das suas competências nos domínios do autocuidado durante o processo de transição para o exercício do papel. Este instrumento de avaliação, a utilizar pelos enfermeiros, deverá ser aplicado na comunidade, em qualquer momento em que se verifique uma situação de dependência que implique a intervenção eficaz e adequada de um familiar cuidador.

Conclui-se portanto que a validade de conteúdo constituiu uma fase importante no desenvolvimento e adaptação do instrumento, salienta-se contudo a necessidade de serem englobadas também outras medidas que permitam avaliar outros tipos de validade para desta forma fornecer uma maior sustentação à validade do instrumento. Alexandre *et al.* (2011) refere que a validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de

instrumentos de medida. No entanto, apresenta algumas limitações por ser um processo subjectivo. Dessa forma, sugere a sua utilização adicionando outras medidas psicométricas.

Desta forma considera-se o presente trabalho como um importante contributo para o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação na área da avaliação inicial do familiar cuidador, que permitam efectuar uma monitorização rigorosa e criteriosa das competências do familiar cuidador e que também permitam efectuar validações adicionais ao instrumento.

4. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento demográfico acarreta um aumento de pessoas com incapacidades funcionais e cognitivas, constituindo um desafio para as famílias cuidar dos seus familiares com dependência, passando a assumir o papel de familiares cuidadores. A prática da prestação de cuidados por parte da família será uma tendência crescente nos próximos anos, tendo em conta a dificuldade crescente por parte das instituições de saúde em dar resposta às necessidades dos idosos com dependência. A família passa a assumir esses cuidados passando a ser designados por familiares cuidadores. Esta problemática tem vindo a ganhar relevância entre as preocupações dos órgãos políticos, da sociedade, e dos investigadores. Neste sentido, ao longo dos anos têm vindo a ser desenvolvidos estudos de investigação na área dos familiares cuidadores.

A investigação realizada pretendeu estudar a adequação e pertinência de um instrumento de avaliação inicial utilizada numa UCC. Para alcançar este objectivo, o estudo foi organizado em duas fases.

Numa primeira fase procedeu-se a análise estatística dos dados recolhidos. Foram analisados 80 formulários de avaliação inicial e os resultados vão de encontro a estudos anteriores realizados na área (Andrade, 2009; Brito, 2002; Martins, 2006; Petronilho, 2006; Sequeira, 2010). Nestes incluem-se 54 idosos do sexo feminino (67,5%) e 26 idosos do sexo masculino (32,5%), com média de idades de 81,44 anos. A causa da dependência foi em 84,8% dos casos devido a doença, das quais se destaca o AVC (38,8%). O grau de dependência foi obtido através do Índice de Barthel revelando que 54,4% são totalmente dependentes. O risco de desenvolver úlcera de pressão foi avaliado pela Escala de Braden revelando que 62,5% apresentam alto risco de desenvolver úlcera de pressão. Relativamente aos dados do familiar cuidador, foram analisados 77 familiares cuidadores, dos quais, 65 mulheres (84,4%) e 12 homens (15,6%), verificando-se que a amostra é constituída maioritariamente por familiares cuidadores do sexo feminino com média de idades de 57,57 anos. O nível de escolaridade foi em 60,8% dos casos referente ao ensino básico - 1º ciclo. A relação de parentesco mais prevalente é sobretudo a de filha (52,0%), no entanto uma parte significativa são cônjuges

(22,7%). A maioria dos familiares cuidadores (73,7%) não teve qualquer experiência anterior na prestação de cuidados, sendo que, também não teve qualquer preparação prévia para prestar cuidados (84,2%). No que diz respeito aos conhecimentos/capacidades para a prestação de cuidados, apresentam conhecimentos acima dos 50% para actividades ao nível da higiene, vestir e despir, alimentar por via oral, gestão do regime terapêutico e prevenção de acidentes. No entanto, para as funções relacionadas com a alimentação por SNG, uso do sanitário, posicionar, transferir, deambular e uso de cadeira de rodas já revelaram pouco conhecimento (percentagens inferiores a 28%). No que diz respeito às capacidades, na maioria dos casos não foi aplicável ou não foi observado. Quando foi possível observar-se, destacam-se os domínios da prevenção de acidentes e da gestão do regime medicamentoso. O QASCI foi aplicado a 77,5% da amostra, verificando-se que 35% apresentam níveis de sobrecarga forte e 26,2% níveis de sobrecarga ligeira, evidenciando-se assim a sobrecarga presente na maioria dos casos.

Numa segunda fase recorreu-se a um grupo de peritos para ajuizar da adequação e pertinência do instrumento de avaliação inicial, tendo por base o próprio formulário e os dados obtidos estatisticamente. Das alterações sugeridas pelo grupo de peritos destacam-se as alterações ao nível do quadro de competências na prestação de cuidados do familiar cuidador. Assim sendo, foi sugerido a eliminação da coluna das capacidades, uma vez que através dos dados obtidos, se verificou um grande número de respostas não aplicáveis ou não observadas, concluindo-se que era de difícil operacionalização. No que diz respeito aos conhecimentos, foi sugerido que se colocasse um texto explicativo com objectivos operacionais de cada domínio específico do autocuidado, para desta forma melhor identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador. Por outro lado, esta nova reformulação orienta os profissionais estabelecendo um guia orientador e sequencial de questões permitindo uma maior concordância na avaliação entre diferentes profissionais. Assim, esta decisão teve por base a uniformização de critérios para avaliação das competências do familiar cuidador e foi obtida em conformidade com todos os elementos do grupo de peritos.

A avaliação do familiar cuidador, tal como demonstram alguns autores (Caregiver Alliance, 2006; Feinberg, 2004), revela-se de enorme importância, permitindo identificar necessidades e delinear juntamente com o familiar cuidador, num processo interactivo, estratégias de intervenção que dão resposta

às suas reais necessidades. A participação no processo educativo faz com que o familiar cuidador se consciencialize da sua situação e se envolva no processo, desenvolvendo conhecimentos, capacidades e habilidades para o desempenho do seu papel de forma eficaz.

A vertente da avaliação das competências do familiar cuidador é determinante, porque traduz em grande parte, a eficácia ou não das intervenções de enfermagem. Desta forma, é necessário que o percurso da prática de enfermagem se faça no sentido da avaliação sistemática do familiar cuidador, ajustando as intervenções às necessidades do mesmo.

É necessário criar estratégias que possibilitem ao familiar cuidador o acesso a informação, treino e suporte, para o ajudar no desempenho da tarefa de cuidar de um familiar com dependência.

A intervenção junto dos familiares cuidadores deve incidir em 2 aspectos fundamentais: apoio instrumental e suporte emocional. Sugere-se assim a existência de programas de intervenção para familiares cuidadores, com acesso a informação sobre temas relacionados com a prestação de cuidados e apoio instrumental (ensinar, instruir e treinar sobre a prestação de cuidados); e programa de suporte emocional e psicológico para deste modo ser possível prevenir ou minimizar as implicações e repercussões negativas sob o ponto de vista físico, emocional e social que acarreta a prestação de cuidados informal.

Dos estudos analisados depreende-se que de facto, os programas de intervenção para familiares cuidadores (Harding, 2003; López, 2007) podem reduzir o stress e a ansiedade, melhorar a sua qualidade de vida, contribuindo também para uma melhoria dos cuidados prestados ao familiar com dependência.

Na sociedade actual é de todo pertinente a criação de programas de intervenção para familiares cuidadores. Estes programas, para além da componente da educação para a saúde servem também como momento de partilha de experiências, vivências e emoções entre os familiares cuidadores.

Os programas de intervenção para familiares cuidadores deverão constituir um objectivo fundamental nas políticas de saúde, nomeadamente nas estratégias de intervenção junto desta população alvo. Contudo, nas respostas do sistema de saúde português persistem carências ao nível das soluções pelas instituições de saúde e de apoio social aos familiares cuidadores. Actualmente as políticas de saúde ainda estão muito centradas no doente, colocando o familiar cuidador e as suas necessidades para segundo plano. Existe ainda uma lacuna ao nível das intervenções passíveis de por em prática por parte dos enfermeiros como forma de facilitar a transição para o papel de prestador de cuidados.

Os enfermeiros detêm um papel chave na promoção das competências do familiar cuidador no exercício do papel, passando este a ser um foco de atenção primordial.

No contexto da Enfermagem Comunitária e tendo em conta toda a reformulação dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com a criação da Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), que implementam projectos de intervenção comunitária, faz todo o sentido a criação destes programas de intervenção dirigidos a familiares cuidadores. Os estudos analisados sustentam a necessidade de serem os enfermeiros os responsáveis pela avaliação e intervenção junto dos familiares cuidadores que vivem uma transição para o exercício do papel e que precisam de ser acompanhados em todo o processo de adaptação. Esta prática terá que ser cada vez mais valorizada e demonstrada socialmente, de forma a ser possível produzir conhecimento formal sustentado sobre esta temática.

Apesar de algumas limitações que se verificaram ao longo da realização do estudo, nomeadamente questões temporais e organizacionais, é com satisfação que no final se reconhece que os objectivos pretendidos no início do estudo foram atingidos. A realização do presente trabalho permitiu efectuar a validação de conteúdo do formulário de avaliação inicial em estudo com recurso ao grupo de peritos que se pronunciaram quanto ao conteúdo, forma, clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos, efectuando uma avaliação rigorosa e criteriosa de todos os itens incluídos no instrumento. Salienta-se contudo que apesar da validade de conteúdo constituir uma fase importante no desenvolvimento e adaptação de um instrumento, é de igual modo importante serem englobadas também outras medidas que permitam avaliar outros tipos de validade para desta forma fornecer uma maior sustentação à validação do instrumento.

Os resultados que emergiram da investigação são satisfatórios e pertinentes para futuros estudos e novas investigações, tendo por base o instrumento elaborado.

A investigação sobre esta temática torna-se de facto relevante para que os enfermeiros detenham um conhecimento formal sustentado sobre a prestação de cuidados de forma a exercerem eficazmente a sua prática.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, E.P.; Ramos, S. O regresso a casa do doente vértebro-medular: o papel do cuidador informal. *Psicologia.com.pt.- O Portal dos Psicólogos*. [Online] 23 de Setembro de 2007. [Citação: 22 de Janeiro de 2012.] <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0366.pdf>.

Alexandre, N.; Coluci, M. Validade de Conteúdo nos Processos de Construção e Adaptação de Instrumentos de Medida. *Ciência e Saúde Colectiva*. 2011, 16(7), pp. 3061-3068.

Almeida, L.S.; Freire, T. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2000.

Almeida, L.S.; Freire, T. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª Edição. Braga : Psiquilíbrios Edições, 2008.

Andrade, F. *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho. 2009. Tese de Mestrado em Educação: Área de especialização em Educação para a Saúde.

Araújo, F.; Ribeiro, J.; Oliveira, A.; Pinto, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, Vol. 25, pp. 59-66.

Beckam, A. Can elderly people take their medicine? *Patient Education and Counseling*. 2005, 59, pp. 186-191.

Brereton, L.; Nolan, M. You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving - the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*. 2000, Vol. 9, pp. 498-506.

Brito, L. *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra : Quarteto Editora, 2002.

Campos, J. *Integração na Família de uma Pessoa Dependente no Autocuidado - Impacto da Accção do Enfermeiro no Processo de Transição*. Instituto das Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. 2008. Tese de Mestrado.

Caregiver Alliance. Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change Volume I. *Family Caregiver Alliance*. [Online] April de 2006. [Citação: 11 de Julho de 2011.] 1-56.
http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs/v1_consensus.pdf.

Conselho Internacional de Enfermeiros. *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

Conselho Internacional de Enfermeiros. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - (CIPE/ICNP): Versão 1.0*. Lisboa : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005.

Diário da República, I Série A - Nº 109. Decreto-Lei Nº 101/2006. Artigo 27º. [Online] 6 de Junho de 2006. [Citação: 7 de Janeiro de 2012.] 3856-3865.
<http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>.

Diário da República, 1ª Série - Nº38. Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Artigo 11º. [Online] 22 de Fevereiro de 2008. [Citação: 5 de Janeiro de 2012.] 3856-3865.
<Http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/dec.%20lei%2028-2008.pdf>.

Direcção Geral de Saúde. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa : Direcção Geral de Saúde, 2004.

Dochterman, J.; Bulechek, G. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2008.

Driessnack, M., Sousa, V.D. e Mendes, I.A.C. Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. *Revista Latino-am Enfermagem*. 15(5), 2007.

Driscoll, A. Managing post-discharge care at home: an analysis of patient's and their carer's perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31, Nº5, pp. 1165-1173.

Dochterman, J.; Bulechek, G. *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 4ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2008.

Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2005.

Feinberg, Lynn. F. The State of the Art of Caregiver Assessment. *Generations*. 2003/2004, Vol. 27, Nº4, pp. 24-32.

Fischbach, F.; Dunning III, M. *Manual de Enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos*. 7ª Edição. Ro de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

Fortin, Marie-Fabienne. *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures : Lusodidacta, 2009.

Grupo Associativo de Investigação em Feridas. Escala de Braden - Guião para a aplicação prática. *gaif.net*. [Online] [Citação: 10 de Junho de 2011.] <http://gaif.net>.

Harding, R.; Higginson, I. J. What is the best way to help caregivers in cancer and palliative care? a systematic literature review of intervention and their effectiveness. *Palliative Medicine*. 2003, Vol. 17, 1.

Henriques, M. *Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos*. Universidade de Lisboa. Lisboa : s.n., 2006. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão Sistemática da Literatura.

Huang, Huei-Ling; Shyu, Yea-Ing L.; Chen, Min-Chi; Chen, Sen-Tsong; Lin, Li-Chan. A pilot study on a home - based caregiver training program for improving caregiver self - efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003, pp. 337-345.

Hulley, B.; Cummings, R.; Browner, S.; Grady, G.; Newman, B. *Delineando a Pesquisa Clínica. Uma abordagem epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre : Artmed, 2008.

Imaginário, C. *O Idoso Dependente no Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal* . Coimbra : Formasau, 2004.

INE - Instituto Nacional de Estatística. INE. *Indicadores Sociais, 2010*. [Online] 2010. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.]

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=132425996&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2.

International Council of Nurses. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2.* s.l. : Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002.

Kozier, B. *Técnicas em Enfermeria Clínica.* 4ª Edição. Madrid : McGraw - Hill, 1999. Vol. I.

Lage, M. *Avaliação dos Cuidados Informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal.* Universidade Católica Portuguesa. 2007. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem.

Li, H.; Melnyk, B.M.; McCann, R. Review of Intervention Studies of Families with Hospitalized Elderly Relatives. *Journal of Nursing Scholarship.* 2004, pp. 54-59.

López, J.; Crespo, M.; Zarit, Steven, H. Assessment of the Efficacy of a Stress Management Program for Informal Caregivers of Dependent Older Adults. *The Gerontologist.* 2007, Vol. 47, Nº2, pp. 205-214.

Loureiro, N. *A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência.* Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa. 2009. Dissertação de Mestrado.

Maramba, P.J.; Richards, S.; Myers, AL. Discharge planning process: applying a model for evidence-based practice. *Journal of Nursing Care Quality.* 2004, Vol. 19, Nº2, pp. 123-129.

Marques, J. *Dificuldades dos familiares cuidadores na prestação de cuidados à pessoa com alterações neurológicas.* Universidade Católica Portuguesa. 2010. Dissertação de Mestrado.

Marques, S. *Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral.* Coimbra : Formasau, 2007.

Martins, T. *Acidente Vascular Cerebral - Qualidade de Vida e Bem-estar dos doentes e familiares cuidadores.* Coimbra : Formasau, 2006.

Martins, T.; Ribeiro, J. P.; Garrett, C. Estudo de validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2003, Vol. 4, 1, pp. 131-148.

Meleis, A.; Sawyer, L.; IM, E.; Messias, D.; Schumacher, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. September de 2000, 23(3), pp. 12-28.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde. Estratégias para a Saúde - Perfil da Saúde em Portugal (Versão Discussão). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Online] 15 de Abril de 2011. [Citação: 7 de Janeiro de 2012.] 1-15. http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/psp_15-04-2011.pdf.

Moreira, I. *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra : Formasau, 2001.

Nettina, S. *Prática de Enfermagem*. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2007.

Nolan, M.; Keady, J.; Grant, G. Developing a typology of family care: implications for nurses and other services providers. *Journal of Advanced Nursing*. Fevereiro de 1995, Nº21.

Ordem do Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. [Online] Dezembro de 2001. [Citação: 4 de Novembro de 2011.] <Http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/padroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição. [Online] 26 de Abril de 2006. [Citação: 5 de Janeiro de 2012.] http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf.

Pereira, M. *Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. 2009. Dissertação de Mestrado.

Padilha, J. *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa: Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios da saúde*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. 2006. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Petronilho, F. *A Transição da Família para o Exercício do Papel de Cuidadora*. Lisboa : Universidade de Lisboa, 2008. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Revisão Sistemática da Literatura.

Petronilho, F. *Preparação do regresso a casa - evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio.* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2006. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Petronilho, F. *Preparação do regresso a casa.* Coimbra : Formasau, 2007.

Polit, D.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.* 5ª ed. São Paulo : Artmed Editora SA, 2004.

Potter, P.; Perry, A. *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos, Processo e Prática.* 4ª Edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1999. Vol. 2.

Rodrigues, M. *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal - versão reduzida.* Escola Superior de Enfermagem Porto. Porto : s.n., 2011. Dissertação de Mestrado.

Schumacher, Karen L.; Stewart, Barbara J.; Archbold, Patricia G.; Dodd, Marylin J.; Dibble, Suzanne L. Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health.* 2000, Nº 23.

Sequeira, C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência.* Março de 2010, Vol. II Série, Nº12, pp. 9-16.

Sequeira, C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.* Lisboa-Porto : Lidel - Edições Técnicas, lda, 2010.

Sequeira, C. *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnóstico e Intervenção.* 1ª Edição. Coimbra : Quarteto, 2007.

Shyu, Yea-Ing L. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Nursing.* Setembro de 2000, Vol. 32, pp. 619-625.

Shyu, Yea-Ing L., et al. A family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. *Journal of Nursing.* 2008.

Silva, A. P. Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir.* Janeiro-Abril de 2007, Vol. 55, Nº 01-02, pp. 11-20.

Someren, M.W.; Barnard, Y.F.; Sandberg, J.A.C. *The Think Aloud Method: A Practical Guide to Modelling Cognitive Process*. London : Department of Social Science Informatics University of Amsterdam. Academic Press, 1994.

Sousa, P. *O Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto : s.n., 2005. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem.

Souza, D.; Santos, V. Factores de Risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão em idosos institucionalizados. *Rev. Latino-am Enfermagem*. [Online] Setembro-Outubro de 2007. [Citação: 15 de Janeiro de 2012.] 15(5). http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a11.pdf.

Visser- Meily, J.M.; Marcel WM. P.; Riphagen, I.; Linderman, E. Measures used to assess burden among caregivers of stroke patients: a review. *Clinical rehabilitation*. 2004, N°18, pp. 601-623.

ANEXOS

ANEXO 1

Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração da ULS Matosinhos, EPE e à respectiva Comissão de Ética

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração

da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

ASSUNTO: Pedido de autorização, de utilização dos dados colhidos na avaliação inicial do Prestador de Cuidados da Unidade de Cuidados na Comunidade da Sra. da Hora, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem Porto.

Dilma da Conceição Sobrinho Pereira, enfermeira a exercer funções na Unidade de Cuidados da Comunidade da Senhora da Hora, responsável pelo Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados está a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Vem por este meio requerer autorização para utilizar os dados recolhidos junto dos prestadores de cuidados através de um formulário de avaliação inicial, no âmbito do estudo de investigação que se pretende desenvolver.

A Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora (UCCSH) está desde Dezembro de 2009 a desenvolver um "Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados". Este projecto de enfermagem tem a finalidade de promover uma transição saudável para o papel de prestador de cuidados, sendo que a sua população alvo são os prestadores de cuidados de idosos dependentes da área de abrangência da UCC da Sra. da Hora. De modo a poder fazer uma caracterização do prestador de cuidados e do idoso dependente foi elaborado um instrumento de avaliação inicial sob a forma de formulário. Este modelo de registo da informação inicial foi desenvolvido empiricamente segundo a informação que se julgava ser pertinente. Ao longo de um ano foi recolhida informação junto do prestador de cuidados e do familiar dependente através do referido formulário de forma a identificar as necessidades de cuidados de enfermagem e a elaborar um plano de enfermagem adequado às necessidades identificadas. Passado um ano de desenvolvimento deste projecto pretende-se fazer numa primeira fase o tratamento estatístico dos dados recolhidos, uma vez que estes nunca foram analisados. Numa segunda fase pretende-se efectuar uma avaliação da adequação e pertinência do instrumento utilizado através de reunião com um grupo de peritos.

Neste estudo pretende-se que seja respeitada a intimidade e individualidade dos intervenientes, garantindo sempre a confidencialidade da informação partilhada. Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo absoluto.

No final do estudo a investigadora compromete-se a tornar acessíveis os resultados do estudo de investigação.

Com os melhores cumprimentos, pede deferimento.

Dilma da Conceição Sobrinho Pereira

Matosinhos, 3 de Janeiro de 2011

ANEXO 2

Autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados para a realização do
estudo



Processo n.º 8010/2011

AUTORIZAÇÃO N.º

6611

/2011

I. Do Pedido

Dilma da Conceição Sobrinho Pereira, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do prestador de cuidados utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora.

Serão incluídos no estudo os idosos dependentes da área de influência da Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora e os seus prestadores de cuidados, no período compreendido entre Janeiro e Dezembro de 2010. A investigadora no estudo, enfermeira na Unidade de Cuidados de Saúde da Senhora da Hora, solicitará consentimento informado, cuja declaração deverá ser arquivada no processo clínico do doente.

Este estudo envolve a recolha de dados no domicílio dos utentes.

Os dados serão recolhidos pela investigadora num caderno de recolha de dados em papel.

No "caderno de recolha de dados" não há identificação nominal do titular, sendo aposto um código de participante no estudo. A chave desta codificação só pode ser conhecida da investigadora.

Os destinatários deverão ser ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

II. Da Análise

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227/2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correcto cumprimento da Lei de Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso do titular dos dados. Dada a natureza da patologia dos doentes objecto do estudo, a investigadora deverá aferir as condições concretas de capacidade do doente no momento da prestação do direito de informação e obtenção do consentimento. Nos casos de interdição legal, o consentimento deverá ser prestado pelos legais representantes.

III. Da Conclusão

Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º1 do artigo 27º, al. a) do n.º 1 do artigo 28º e art. 30º da Lei de Protecção de Dados, autoriza-se o tratamento, com as condições supra referidas, nos seguintes termos:

Responsável pelo tratamento: Dilma da Conceição Sobrinho Pereira

Finalidade: Estudo observacional observacional sobre a adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do prestador de cuidados utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora.

Categoria de Dados pessoais tratados:

- **Do utente:** código do doente, dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, profissão, escolaridade), origem e início da dependência, complicações, internamentos, recurso ao Serviço de Urgência, consumo de medicamentos, escala de Barthel, escala de Braden;

- **Do prestador de cuidados:** dados sócio-demográficos (idade, sexo, estado civil, profissão, situação profissional, escolaridade, relação de parentesco com o utente dependente), doença ou incapacidade, tempo dispendido na prestação de cuidados, vive na mesma habitação, preparação para prestar cuidados, onde procura informação quando tem dúvidas, competências na prestação de cuidados, necessita de mais apoio de profissionais de saúde, recorre a estruturas de apoio da comunidade, se for criada uma rede de voluntariado para apoio de prestadores de cuidados

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e rectificação: Junto da investigadora.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39

LINHA PRIVACIDADE

Dias úteis das 10 às 13 h 2
duvidas@cnpd.pt



Prazo de conservação: O código do titular deve ser destruído um mês após a defesa da Tese.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

Lisboa,  de Junho de 2011

Ana Roque (Relatora), Luís Paiva de Andrade, Vasco Almeida, Helena Delgado António, Carlos Campos Lobo, Luís Barroso


Luís Lingnau da Silveira (Presidente)

ANEXO 3

Consentimento Informado

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Dilma da Conceição Sobrinho Pereira, enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora (UCCSH), a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“Adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do prestador de cuidados utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora”**.

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, e os riscos e benefícios de participar neste estudo. Solicitamos que leia todo o documento, sentindo-se à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado que responda a questões que compõem um formulário sobre o tema em estudo, com o objectivo de analisar a adequação e a pertinência do instrumento de recolha de dados utilizado na UCCSH no Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos previstos para os participantes do estudo e nem se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma melhor compreensão da problemática e em última instância contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob absoluto sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre “**Adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do prestador de cuidados utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora**”.

Eu,

abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, fui informado acerca do direito de recusar, a todo o momento, a minha participação no estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Tomei conhecimento que a confidencialidade dos dados por mim fornecidos está assegurada.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas através de um formulário durante as visitas domiciliárias ou durante reunião de grupo no Centro de Saúde.

Matosinhos, _____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura da investigadora:

ANEXO 4

Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora

“Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: _____

☐ **Recusa**

Dados da Família

1. Tipo de alojamento:

- ☐ Casas ou andares espaçosos/confortáveis
- ☐ Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminadas, com cozinha e WC
- ☐ Alojamentos impróprios, pequenos e em mau estado de conservação, sem iluminação

2. Avaliação do tipo de família:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Família nuclear | <input type="checkbox"/> Família mono parental | <input type="checkbox"/> Família alargada |
| <input type="checkbox"/> Família unitária | <input type="checkbox"/> Família reconstituída | <input type="checkbox"/> Outras |

3. Número de membros da família: _____

4. Apoios utilizados:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apoios formais | <input type="checkbox"/> Serviços sociais | <input type="checkbox"/> Centro de dia |
| | | <input type="checkbox"/> Lar |
| | | <input type="checkbox"/> Apoio domiciliário |
| | | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Serviços de saúde | <input type="checkbox"/> Médicos |
| | | <input type="checkbox"/> Enfermagem |
| | | <input type="checkbox"/> Ambos |
| | | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Apoios informais | <input type="checkbox"/> Familiares | |
| | <input type="checkbox"/> Vizinhos | |
| | <input type="checkbox"/> Amigos | |
| | <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sem apoios | | |

Dados do Utente Dependente

5. Idade: _____

6. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

7. Estado civil:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) / União de facto | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) / Separado(a) |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|

8. Profissão principal: _____

9. Escolaridade:

- ☐ Nenhum ☐ Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) ☐ Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) ☐ Ensino superior

10. Origem da dependência:

- ☐ Processo de envelhecimento ☐ Doença, Qual? _____ ☐ Acidente ☐ Outra

11. Início da dependência: Dias/Meses/Anos _____**12. Complicações:** (só preencher se for observado pelo inquiridor)

- ☐ Número de Úlceras de Pressão _____
- ☐ Localização UP _____
- ☐ Pé equino
- ☐ Rigidez articular
- ☐ Outro: _____

13. Internamentos:

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

14. Episódios de recurso ao Serviço de Urgência

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

15. Consumo de medicamentos

- ☐ Não ☐ Sim

15.1 Se sim, quais?

- | | | | | |
|---|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anti-hipertensor | <input type="checkbox"/> Anti-diabético oral | <input type="checkbox"/> Anti-inflamatório | <input type="checkbox"/> Analgésico | <input type="checkbox"/> Hipocoagulante Oral |
| <input type="checkbox"/> Diurético | <input type="checkbox"/> Insulina | <input type="checkbox"/> Broncodilatador | <input type="checkbox"/> Anti-arrítmico | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

16. Escala de Barthel (adaptada)**16.1 Alimentação**

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.
- 10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.

16.2 Higiene pessoal

- 0 Dependente.
- 5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.

16.3 Ida à casa de banho

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico.
- 10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda.

16.4 Tomar banho

- 0 Dependente.
- 5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.

16.5 Mobilidade (superfícies sem degraus)

- 0 Dependente.
- 10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.
- 15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

16.5.1 Mobilidade com cadeira de rodas

- 5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas.

16.6 Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)

- 0 Dependente.
- 5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.
- 10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal.
- 15 Independente em todas as fases desta actividade.

16.7 Subir ou descer as escadas

- 0 Dependente.
- 5 Necessita de ajuda ou supervisão.
- 10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.

16.8 Vestir-se e despir-se

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário.
- 10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos

16.9 Evacuar (controlo dos intestinos)

- 0 Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
- 5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
- 10 Consegue controlar os intestinos.

16.10 Urinar (controlo vesical)

- 0 Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
- 5 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
- 10 Contínente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

TOTAL: _____

17. Escala de Braden (adaptada)

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
				Pontuação total

☐ Não aplicável

Dados do Prestador de Cuidados

18. Idade: ____

19. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

20. Estado civil:

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) / Separado(a)

21. Doença/incapacidade

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual? _____

22. Profissão

principal: _____

23. Situação Profissional:

☐ Activo(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Doméstica/nunca trabalhou
☐ Reformado(a) ☐ Baixa

24. Escolaridade:

☐ Nenhum ☐ Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) ☐ Ensino secundário
☐ Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) ☐ Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) ☐ Ensino superior

25. Relação de parentesco:

☐ Filho(a) ☐ Esposa(o) ☐ Nora/genro
☐ Outro: _____

Situação como Prestador de Cuidados

26. É a única pessoa a prestar cuidados?

- ☐ Sim
☐ Não Se não, quem colabora e em quê?_____

27. Há quanto tempo é prestador de cuidados?

28. Em média quantas horas por dia despende a prestar cuidados ao seu familiar?_____

29. Vive na mesma habitação que o seu familiar?

- ☐ Sim ☐ Não

30. Tem a seu cargo outras pessoas de pendentes?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem?_____

31. Já cuidou de alguém antes?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem?_____

32. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, de quem?_____

33. O seu familiar pode ficar só?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, por quanto tempo?_____

34. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Se Sim, onde?
- ☐ Livros
 - ☐ Internet
 - ☐ Enfermeiro
 - ☐ Médico
 - ☐ Familiares
 - ☐ Outros Prestadores de Cuidados

35. Competências na prestação de cuidados

	Conhecimentos			Capacidades		
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se aplica
Autocuidado: Higiene						
Material necessário						
Frequência do banho						
Temperatura da água e do ambiente						
Barbear						
Cuidados com a boca						
Limpar os ouvidos						
Limpar o nariz						
Cortar as unhas						
Higiene do cabelo						
Dar banho						
Material necessário para trocar fralda						
Frequência da troca de fralda						
Trocar a fralda						
Vigiar a pele do períneo						
Autocuidado: Vestir e Despir						
Material necessário						
Vestir e despir						
Calçar e descalçar						
Autocuidado: Alimentar por Via Oral						
Material necessário						
Constituição das refeições						
Hidratação Oral						
Frequência						
Posicionamento/ Local de refeições						
Alimentar						
Cuidados após alimentar						
Autocuidado: Alimentar por SNG						
Material necessário						
Constituição das refeições						
Hidratação Oral						
Posicionamento						
Confirmar posicionamento da SNG						
Alimentar por SNG						
Cuidados após alimentar						
Autocuidado: Uso do Sanitário						
Auxiliar no uso do sanitário						
Autocuidado: Posicionar						
Material necessário						
Frequência						
Posicionar em decúbito dorsal						
Posicionar em decúbito lateralesquerdo/direito						
Posicionar em decúbito ventral						
Posicionar em decúbito semi-dorsal						
Posicionar em decúbito semi-ventral						
Sentar o receptor de cuidados no leito com as pernas pendentes						

Deslocar o receptor de cuidados no mesmo decúbito						
Mudar o receptor de cuidados de decúbito dorsal para decúbito lateral						
Autocuidado: Transferir						
Transferir da cama para o cadeirão e vice-versa						
Autocuidado: Deambular						
Material necessário						
Assistir o receptor de cuidados no deambular						
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas						
Transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa						
Cuidados no uso da cadeira de rodas						
Gestão do Regime Medicamentoso						
Providenciar o regime medicamentoso						
Identificar a medicação						
Administrar medicamentos						
Prevenção de Acidentes						
Identificar factores de risco						
Garantir um ambiente seguro						

36. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, em que áreas? _____

37. Tem conhecimento das estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não

38. Recorre às estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais? _____

39. Se for criado um grupo de apoio aos prestadores de cuidados na comunidade gostaria de integrar esse grupo?

☐ Sim ☐ Não

40. Se for criada uma rede de voluntariado para apoio aos prestadores de cuidados gostaria de utilizar esse serviço?

☐ Sim ☐ Não

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)* (PC há mais de 6 meses)

Nas últimas 4 semanas:		Não / Nunca	Rar amente	Às vezes	Qua se sempre	Se mpre
Sobrecarga emocional	1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
	2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
	3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?					
Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
	10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
	11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
	12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?					
	13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
	14. A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					
	15. Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
Sobrecarga financeira	16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
	17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
Reacções a exigências	18. Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	19. Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	20. Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?					
	21. Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?					
	22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
o de eficácia e de	23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					

	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?					
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

N.º: _____

Morada: _____

Dados do Utente Dependente

Nome:

N.º. do processo: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Dados do Prestador de Cuidados

Nome:

Data de Nascimento: __/__/__

Contacto telefónico: _____/_____

ANEXO 5

Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador utilizado na Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora com os resultados estatísticos para apreciação dos peritos

“Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: _____

☐ Recusa

0 %

Dados da Família

1. Tipo de alojamento:

- ☐ Casas ou andares espaçosos/confortáveis 42,5 %
- ☐ Casa ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminadas, com cozinha e WC 46,3 %
- ☐ Alojamentos impróprios, pequenos e em mau estado de conservação, sem iluminação 8,8 %
- ☐ Não observado 2,5 %

2. Avaliação do tipo de família:

- ☐ Família nuclear 37,5 %
- ☐ Família unitária 8,8 %
- ☐ Família mono parental 8,8 %
- ☐ Família reconstituída 0 %
- ☐ Família alargada 45 %
- ☐ Outras 0 %

3. Número de membros da família: _____

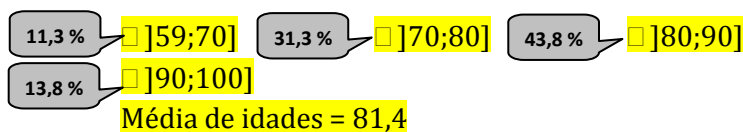
- ☐ 0 12,5 %
- ☐ 1 2,5 %
- ☐ 2 28,8 %
- ☐ 3 25 %
- ☐ 4 20 %
- ☐ 5 5 %
- ☐ 6 3,8 %
- ☐ 7 2,5 %

4. Apoios utilizados:

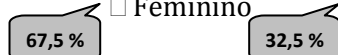
- ☐ Apoios formais
- ☐ Apoios informais
- ☐ Sem apoios
- ☐ Serviços sociais
- ☐ Serviços de saúde
- ☐ Familiares
- ☐ Vizinhos
- ☐ Amigos
- ☐ Outros: _____
- ☐ Centro de dia
- ☐ Lar
- ☐ Apoio domiciliário
- ☐ Outro _____
- ☐ Médicos
- ☐ Enfermagem
- ☐ Ambos
- ☐ Outro _____
- 98,7 %
- 20,0 %
- 2,5 %
- 13,8 %
- 13,8 %
- 2,5 %
- 10,1 %
- 79,7 %
- 53,2 %
- 6,3 %
- 2,5 %
- 16,5 %
- 1,3 %

Dados do Utente Dependente

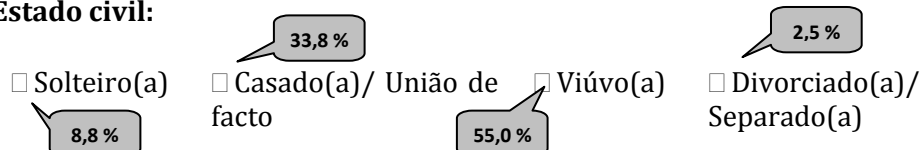
5. Idade: _____



6. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino



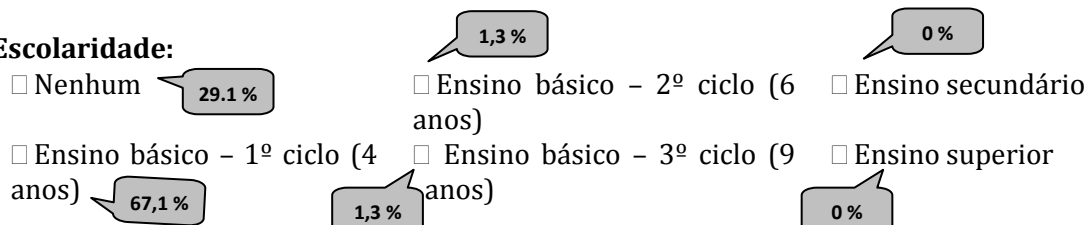
7. Estado civil:



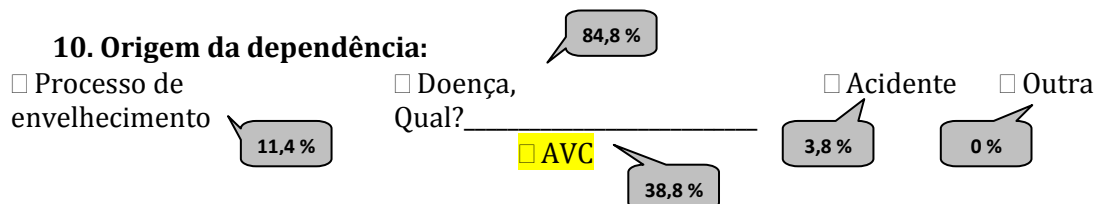
8. Profissão principal: _____



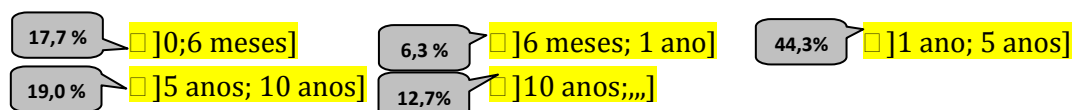
9. Escolaridade:



10. Origem da dependência:



11. Início da dependência: Dias/Meses/Anos _____



12. Complicações: (só preencher se for observado pelo inquiridor)

- 14,3 %** ☐ Número de Úlceras de Pressão _____
☐ Localização UP _____
☐ Pé equino
20,8 % ☐ Rigidez articular
5,2 % ☐ Outro: _____

13. Internamentos:

- 55,7 %** ☐ Não **44,3 %** ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
 Motivo: _____

14. Episódios de recurso ao Serviço de Urgência

- 67,1 %** ☐ Não **32,9 %** ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
☐
 Motivo: _____

15. Consumo de medicamentos

- 2,6 %** ☐ Não **97,4 %** ☐ Sim

15.1. Se sim, quais?

- ☐ Anti-hipertensor ☐ Anti-diabético oral ☐ Anti-inflamatório ☐ Analgésico ☐ Hipocoagulante Oral
☐ Diurético ☐ Insulina ☐ Broncodilatador ☐ Anti-arrítmico ☐ Outro _____

N.º de Medicamentos Consumidos

- 0** **8,8 %** **1** **17,5 %** **2** **26,3 %** **3** **21,3 %** **4** **13,8 %**
5 **6,3 %** **6** **2,5 %** **7** **2,8 %**

16. Escala de Barthel (adaptada)

16.1. Alimentação

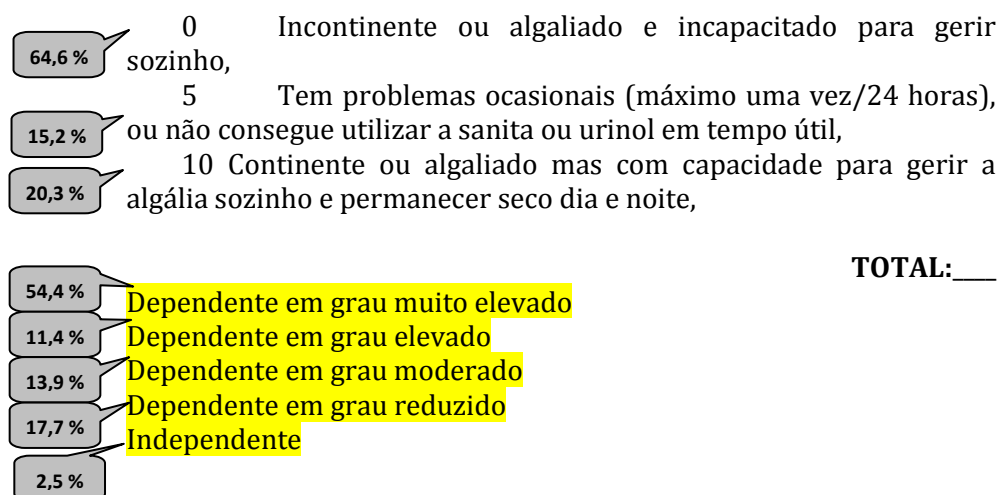
- 46,8 %** 0 Dependente,
29,1 % 5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc,
24,1 % 10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável,

16.2. Higiene pessoal

- 73,4 %** 0 Dependente,
26,6 % 5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho,

16.3. Ida à casa de banho	
64,6 %	0 Dependente,
16,5 %	5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico,
19,0 %	10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda,
16.4. Tomar banho	
89,9 %	0 Dependente,
10,1 %	5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda,
16.5. Mobilidade (superfícies sem degraus)	
59,5 %	0 Dependente,
27,8 %	10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda,
12,7 %	15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa, Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc,
16.5.A. Mobilidade com cadeira de rodas	
0 %	5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas,
16.6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)	
63,3 %	0 Dependente,
15,2 %	5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda,
8,9 %	10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal,
12,7 %	15 Independente em todas as fases desta actividade,
16.7. Subir ou descer as escadas	
81,0 %	0 Dependente,
12,7 %	5 Necessita de ajuda ou supervisão,
6,3 %	10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa,
16.8. Vestir-se e despir-se	
72,2 %	0 Dependente,
16,5 %	5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário,
11,4 %	10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos
16.9. Evacuar (controlo dos intestinos)	
57,0 %	0 Dependente, Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente,
5,1 %	5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana),
38,0 %	10 Consegue controlar os intestinos,

16.10. Urinar (controlo vesical)

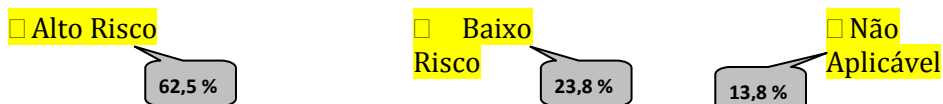


17. Escala de Braden (adaptada)

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	

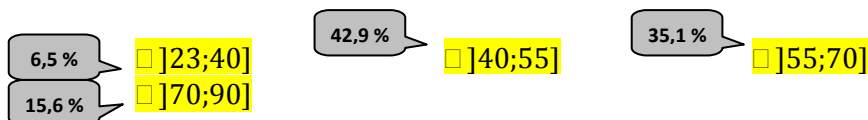
Pontuação total

Braden - Resultado final



Dados do Prestador de Cuidados

18. Idade: _____

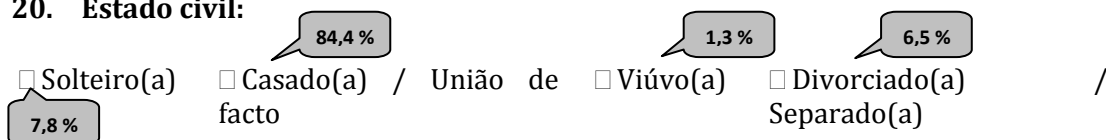


Média de idades = 57,6%

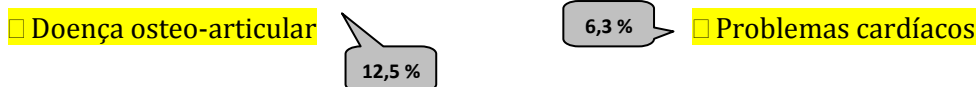
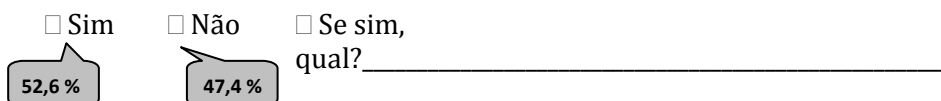
19. Sexo:



20. Estado civil:



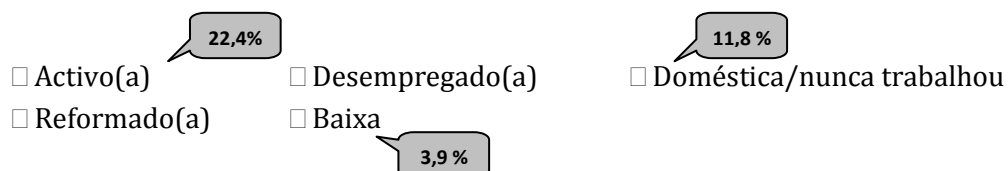
21. Doença/incapacidade



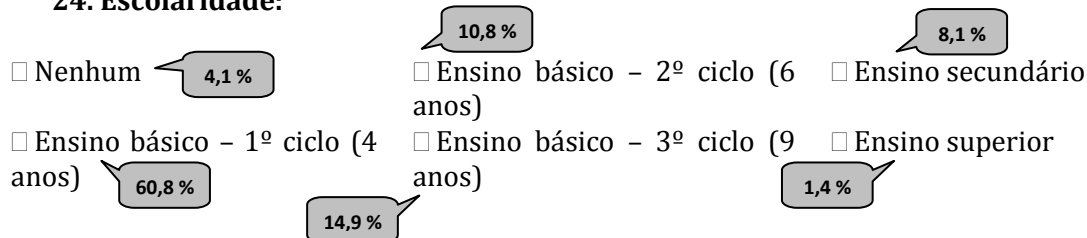
22. Profissão principal: _____



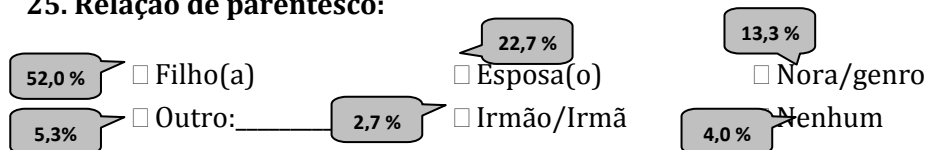
23. Situação Profissional:



24. Escolaridade:

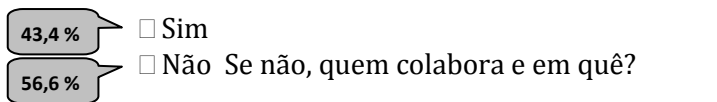


25. Relação de parentesco:

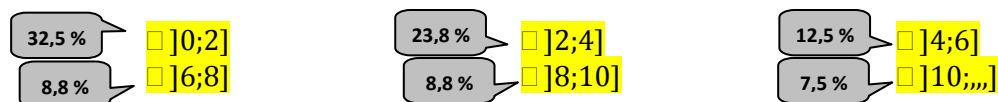


Situação como Prestador de Cuidados

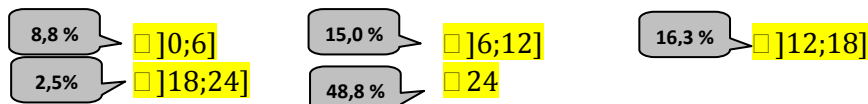
26. É a única pessoa a prestar cuidados?



27. Há quanto tempo é prestador de cuidados?



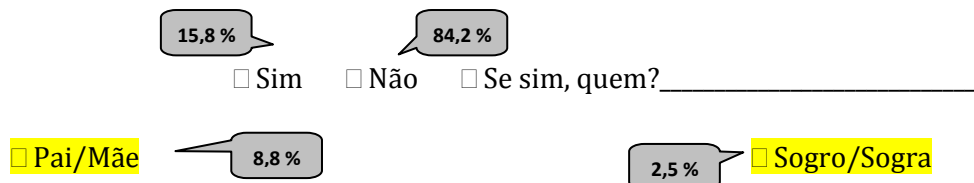
28. Em média quantas horas por dia despende a prestar cuidados ao seu familiar? _____



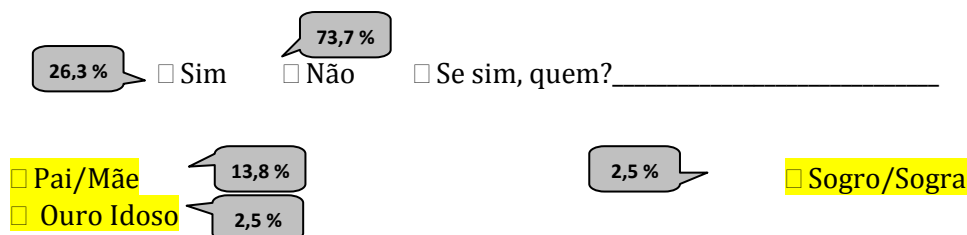
29. Vive na mesma habitação que o seu familiar?



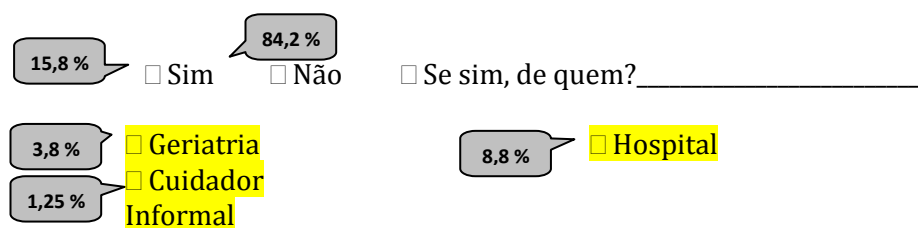
30. Tem a seu cargo outras pessoas de pendentes?



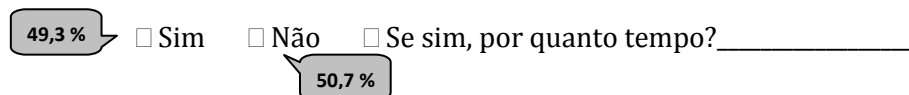
31. Já cuidou de alguém antes?



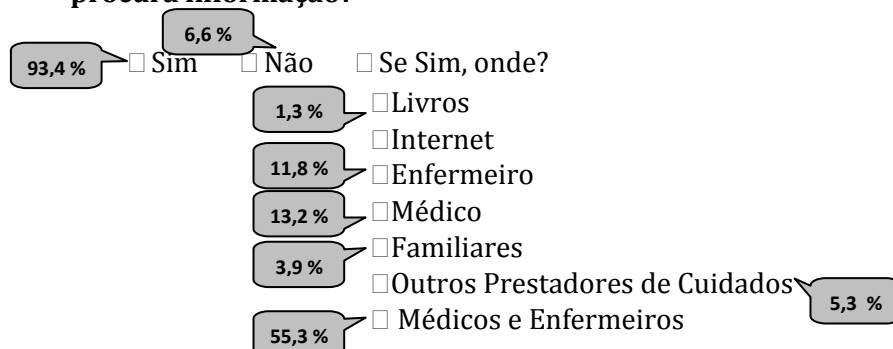
32. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?



33. O seu familiar pode ficar só?



34. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação?



35. Competências na Prestação de Cuidados

	Conhecimentos			Capacidades			
	Sim	Não	Não se Aplica	Sim	Não	Não se Aplica	Não Observado
Autocuidado: Higiene							
Material necessário	57,5	9,6	32,9	1,4	0	84,7	13,9
Frequência do banho	54,1	13,5	32,4	1,4	0	84,7	13,9
Temperatura da água e do ambiente	59,5	9,5	31,1	1,4	0	83,3	15,3
Barbear	25,3	5,3	69,3	0	0	90,3	9,7
Cuidados com a boca	36,0	37,3	26,7	1,4	0	80,6	18,1
Limpar os ouvidos	58,7	12,0	29,3	1,4	0	83,3	15,3
Limpar o nariz	60,0	10,7	29,3	1,4	0	81,9	16,7
Cortar as unhas	62,7	9,3	28,0	1,4	0	80,6	18,1
Higiene do cabelo	59,5	10,8	29,7	1,4	0	81,9	16,7
Dar banho	45,9	23,0	31,1	2,8	1,4	83,3	12,5
Material necessário para trocar fralda	48,0	20,0	32,0	1,4	2,8	76,4	19,4
Frequência da troca de fralda	45,3	22,7	32,0	1,4	2,8	76,4	19,4
Trocar a fralda	46,7	21,3	32,0	1,4	2,8	76,4	19,4
Vigiar a pele do períneo	48,8	26,7	25,3	1,4	2,8	76,4	19,4
Autocuidado: Vestir e Despir							
Material necessário	79,7	6,8	13,5	7,0	0	66,2	26,8
Vestir e despir	81,1	6,8	12,2	7,0	0	66,2	26,8
Calçar e descalçar	64,9	6,8	28,4	5,6	0	67,6	26,8
Autocuidado: Alimentar por Via Oral							
Material necessário	73,3	14,7	12,0	4,2	2,8	69,4	23,6
Constituição das refeições	64,0	24,0	12,0	4,2	2,8	69,4	23,6
Hidratação Oral	53,3	34,7	12,0	4,2	1,4	68,1	26,4
Frequência	58,7	30,7	10,7	4,2	4,2	67,7	25,0
Posicionamento/ Local de refeições	76,0	13,3	10,7	2,8	2,8	69,4	25,0
Alimentar	74,0	12,0	13,3	2,8	2,8	70,8	23,6
Cuidados após alimentar	58,7	29,3	12,0	1,4	2,8	70,8	25,0
Autocuidado: Alimentar por SNG							
Material necessário	8,0	2,7	89,3	2,9	0	94,3	2,9
Constituição das refeições	4,1	4,1	91,9	1,4	0	95,8	2,8
Hidratação Oral	5,4	4,1	90,5	2,8	0	94,4	2,8
Posicionamento	6,8	2,7	90,5	2,9	0	94,3	2,9
Confirmar posicionamento da SNG	6,8	2,7	90,5	4,2	0	93,0	2,8
Alimentar por SNG	5,5	2,7	91,8	1,4	0	94,4	4,2
Cuidados após alimentar	5,4	2,7	91,9	1,4	0	95,8	2,8
Autocuidado: Uso do Sanitário							
Auxiliar no uso do sanitário	24,7	2,7	72,6	1,4	2,8	90,1	5,6
Autocuidado: Posicionar							
Material necessário	24,0	49,3	26,7	4,2	5,6	69,4	20,8
Frequência	18,7	54,7	26,7	4,2	6,9	69,4	19,4
Posicionar em decúbito dorsal	24,0	49,3	26,7	1,4	9,6	68,5	20,5
Posicionar em decúbito lateral esquerdo/direito	21,3	52,0	26,7	4,1	8,2	68,5	19,2
Posicionar em decúbito ventral	13,3	53,3	33,3	1,4	8,2	75,3	15,1
Posicionar em decúbito semi-dorsal	17,3	54,7	28,0	2,7	8,2	71,2	17,8

Posicionar em decúbito semi-ventral	12,0	54,7	33,3	2,7	8,2	74,0	15,1
Sentar o receptor de cuidados no leito com as pernas pendentes	17,3	53,3	29,3	4,2	8,3	72,2	15,3
Deslocar o receptor de cuidados no mesmo decúbito	17,3	56,0	26,7	4,2	2,8	70,8	22,2
Mudar o receptor de cuidados de decúbito dorsal para decúbito lateral	17,3	56,0	26,7	2,8	2,8	72,2	22,2
Autocuidado: Transferir							
Transferir da cama para o cadeirão e vice-versa	26,7	22,7	50,7	2,8	1,4	81,9	13,9
Autocuidado: Deambular							
Material necessário	26,7	10,7	62,7	1,4	1,4	93,1	4,2
Assistir o receptor de cuidados no deambular	28,0	10,7	61,3	2,8	1,4	90,3	5,6
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas							
Transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa	13,3	5,3	81,3	1,4	0	93,1	5,6
Cuidados no uso da cadeira de rodas	16,0	4,0	80,0	1,4	0	94,4	4,2
Gestão do Regime Medicamentoso							
Providenciar o regime medicamentoso	78,7	17,3	4,0	8,2	0	64,4	27,4
Identificar a medicação	76,0	20,0	4,0	15,1	1,4	56,2	27,4
Administrar medicamentos	80,0	16,0	4,0	6,8	1,4	63,0	28,8
Prevenção de Acidentes							
Identificar factores de risco	65,3	32,0	2,7	11,0	2,7	58,9	27,4
Garantir um ambiente seguro	66,7	30,7	2,7	12,3	1,4	58,9	27,4

36. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

☒ 42,7 % Sim
 ☐ 57,3 % Não
 ☐ Se sim, em que áreas? _____

☐ 15,0 % Médicos
 ☐ 3,8 % Enfermeiros

☐ 6,3 % Médicos + Enfermeiros

37. Tem conhecimento das estruturas de apoio da comunidade?

☒ 84,0 % Sim
 ☐ 16,0 % Não

38. Recorre às estruturas de apoio da comunidade?

☒ 44,0 % Sim
 ☐ 56,0 % Não
 ☐ Se sim, quais? _____

☐ 21,3 % Centros de dia

39. Se for criado um grupo de apoio aos prestadores de cuidados na comunidade gostaria de integrar esse grupo?



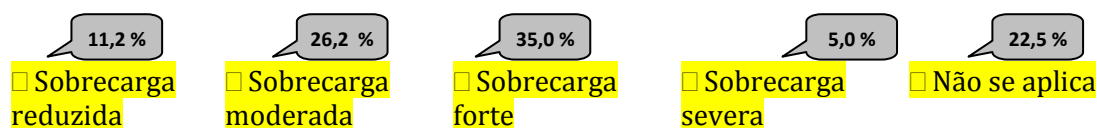
40. Se for criada uma rede de voluntariado para apoio aos prestadores de cuidados gostaria de utilizar esse serviço?



**Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)*
(PC há mais de 6 meses)**

Nas últimas 4 semanas:		Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional	1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
	2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
	3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?					
Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
	10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
	11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
	12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?					
	13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
	14. A sua vida social, (p, ex, férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					
	15. Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
Sobrecarga financeira	16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					

	17.Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
Reações a exigências	18.Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	19.Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	20.Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?					
	21.Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?					
	22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
Mecanismo de eficácia e de controlo	23.Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?					
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

Resultado final

ANEXO 6

Resumos das reuniões com o grupo de peritos

1ª Reunião

A primeira reunião decorreu nas instalações da Escola Superior de Enfermagem Porto no dia 03.05.2011 e teve a duração de 150 minutos.

Após reflexão, análise e discussão do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador e dos respectivos resultados estatísticos (Anexo 5), o grupo de peritos considerou que, o formulário em análise dava resposta à grande maioria das variáveis necessárias para o juízo clínico dos cuidados que o idoso com dependência requeria e à avaliação inicial dos conhecimentos dos familiares cuidadores. Na análise de pormenor foram sugeridas por consenso as seguintes alterações:

1. Retirar o item recusa e colocar no fim do formulário;
2. Eliminar a questão nº 1 relativamente ao tipo de alojamento;
3. Na questão 15 relativamente ao tipo de medicamentos foi sugerido retirar as opções de resposta existentes e colocar uma tabela onde constasse a prescrição médica (nome comercial, dosagem e frequência de administração) e o grupo farmacológico a que se refere. Nesta mesma questão foi também sugerido colocar uma alínea com o número total de medicamentos diários;
4. Eliminar a questão nº 28, sobre o número de horas que o familiar cuidador despende a prestar cuidados ao seu familiar dependente;
5. No que diz respeito à questão nº 35 “Competências na prestação de cuidados”, foram levantadas várias questões: relativamente às especificações colocadas nos diferentes domínios do autocuidado, foi considerado pelo grupo não serem muito explícitas e deste modo foi sugerido por um elemento, colocar um texto explicativo acerca das competências em cada domínio do autocuidado. Foi também sugerido pelo mesmo elemento que todos os restantes elementos pensassem numa solução alternativa e trouxessem propostas para a reunião seguinte. Foi também levantada outra questão tendo em conta os resultados apresentados sobre a pertinência de colocar na tabela os conhecimentos e as capacidades do prestador de cuidados. Uma vez que para registar as capacidades seria necessário que estas fossem observadas verificaram-se muitas respostas não aplicáveis ou não observadas. Foi então decidido por todos os elementos do grupo eliminar a coluna das capacidades, deixando apenas a coluna dos conhecimentos. Relembra-se que a coluna dos conhecimentos se refere à verbalização correcta pelo familiar cuidador sobre as actividades referentes aos domínios do autocuidado descritos.

Não se verificando mais nenhuma sugestão de alterações, procedeu-se à reformulação do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador, tendo por base as alterações sugeridas que se colocaram em documento anexo. Foram efectuadas 2 versões diferentes que se designaram respectivamente:

- Formulário versão experimental 1 após primeira reunião com peritos (Anexo 7);
- Formulário versão experimental 2 - após primeira reunião com peritos (Anexo 8).

As versões anteriormente mencionadas diferem pela apresentação da tabela das competências na prestação de cuidados. Na versão experimental 1 os critérios definidores de cada um dos domínios do autocuidado são apresentados resumidamente e alocados na respectiva tabela. No que respeita à versão experimental 2, na tabela das competências na prestação de cuidados, os mesmos critérios definidores são apresentados por tópicos e é associado ao formulário um manual de preenchimento no qual é descrito a operacionalização dos critérios definidores. Este documento serve de apoio à aplicação do instrumento de avaliação, essencialmente como um suporte de consulta (Anexo 9).

2ª Reunião

A segunda reunião decorreu nas instalações da Escola Superior de Enfermagem Porto no dia 19.05.2011 e teve a duração de três horas.

O grupo de peritos reuniu-se novamente para dar continuidade ao trabalho desenvolvido na reunião anterior no sentido de avaliar a adequação e pertinência do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador utilizado na UCCSH.

Foram apresentadas 2 versões experimentais do formulário (versão experimental 1 e versão experimental 2) que foram elaboradas tendo em conta as alterações sugeridas pelos peritos. Os peritos em conformidade concordaram que a versão experimental 1 seria a mais adequada para identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do familiar cuidador e do idoso com dependência pelo que, foi nessa versão que o grupo continuou a deliberar relativamente às questões existentes.

Após reflexão, análise e discussão do formulário versão 1 apresentam-se as alterações sugeridas pelo grupo de peritos:

1. Relativamente aos dados da família, acrescentar uma questão acerca das pessoas que residem na habitação;
2. Na questão nº 3, no que diz respeito aos serviços de saúde, eliminar as opções existentes e colocar como opções de resposta (Centro de Saúde,

Hospital, RNCCI, UCC, Fisioterapia, outro); Ainda nesta questão, retirar a opção de resposta: sem apoios;

3. Em relação à designação “ Dados do utente dependente”, modificar para “Dados do utente com dependência”;
4. Relativamente aos dados do utente com dependência, eliminar as questões nº 7 e nº 8 que caracterizam a profissão principal e à escolaridade respectivamente;
5. Na questão nº 10 - Início da dependência, especificar o ano, o mês e o dia;
6. Na questão nº 11 relativa às complicações da situação de dependência, retirar as opções de resposta existentes e colocar um campo em branco para texto livre;
7. Nas questões nº 12 e nº 13, relativos aos internamentos e recurso ao serviço de urgência, especificar o número de internamentos e episódios de recurso ao serviço de urgência relativos aos últimos 12 meses e deixar um campo em branco para texto livre;
8. Na questão nº 14 relativa ao consumo de medicamentos, já havia sido efectuada a alteração sugerida na reunião anterior. Foram retiradas as opções de resposta existentes e colocada uma tabela com a prescrição médica (nome comercial, dosagem e frequência de administração) e o grupo farmacológico a que se refere. Foi sugerido por um elemento do grupo colocar uma legenda por baixo da tabela relativamente aos grupos de fármacos, para que o nome destes que é extenso em alguns casos, não ocupasse muito espaço na tabela e permitisse uma melhor visualização. A opção foi aceite por todos os elementos do grupo;
9. Na questão nº 20, relativa a doença/incapacidade do familiar cuidador, foi sugerido mudar de posição passando a ser a questão nº 22;
10. Relativamente à questão nº 21, respeitante à profissão, substituir a designação “Profissão principal” por “Profissão actual” e trocar de posição com a questão nº 22, que se refere à situação profissional.
11. Na questão nº 22, situação profissional, reformular as opções de resposta para as seguintes: Activo(a); Pré-reforma; Reformado(a) por idade; Reformado(a) por invalidez; Desempregado(a); Doméstica/ nunca trabalhou e baixa clínica especificando o motivo;
12. Na questão nº 27, “Vive na mesma habitação que o seu familiar?” acrescentar a opção de resposta: esporadicamente;
13. Na questão nº 29, substituir a frase: “Já cuidou de alguém antes?” por “Já cuidou de alguém com dependência?”;

14. Eliminar a questão nº 32 relativa à procura de informação quando o familiar cuidador tem dúvidas em relação aos cuidados a prestar;
15. Em relação à questão nº33, “Competências na prestação de cuidados”, já haviam sido efectuadas as alterações sugeridas na reunião anterior, no entanto o grupo sugeriu novas alterações de melhoramentos desta tabela. Assim sendo, foi sugerido que o texto explicativo das competências de cada domínio do autocuidado fosse dividido em itens numerados, para desta forma melhor identificar as necessidades de aprendizagem do familiar cuidador. Na coluna relativa aos conhecimentos, para além das opções já existentes: sim, não e não se aplica, acrescentar a opção, observações, para que seja possível em texto livre acrescentar alguma informação;
16. Eliminar as questões nº35 e nº36 relativas ao conhecimento do familiar cuidador sobre as estruturas de apoio na comunidade e recorrência a essas estruturas de apoio.

Não se verificando mais nenhuma sugestão de alterações, procedeu-se à reformulação do formulário de avaliação inicial do familiar cuidador, tendo por base as alterações sugeridas que se designou de Formulário versão 3 Final após segunda reunião com o grupo de peritos (Anexo 10). A versão final foi enviada por email a todos os peritos constituintes do grupo que manifestaram o seu parecer favorável.

ANEXO 7

Formulário versão experimental 1

“Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: _____

Dados da Família

1. Avaliação do tipo de família:

- ☐ Família nuclear ☐ Família mono parental ☐ Família alargada
☐ Família unitária ☐ Família reconstituída ☐ Outras

2. Número de membros da família: _____

3. Apoios utilizados:

- ☐ Apoios formais

 - ☐ Serviços sociais
 - ☐ Centro de dia
 - ☐ Lar
 - ☐ Apoio domiciliário
 - ☐ Outro _____
 - ☐ Serviços de saúde
 - ☐ Médicos
 - ☐ Enfermagem
 - ☐ Ambos
 - ☐ Outro _____

☐ Apoios informais

 - ☐ Familiares
 - ☐ Vizinhos
 - ☐ Amigos
 - ☐ Outros: _____

☐ Sem apoios

Dados do Utente Dependente

4. **Idade:** _____

5. Sexo:

- ☐
- Feminino
- ☐
- Masculino

6. Estado civil:

- ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) / Separado(a)

7. Profissão principal:

8. Escolaridade:

- ☐ Nenhum ☐ Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) ☐ Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) ☐ Ensino superior

9. Origem da dependência:

- ☐ Processo de envelhecimento ☐ Doença, Qual? ☐ Acidente ☐ Outra

10. **Início da dependência:** Dias/Meses/Anos_____

11. **Complicações:** (só preencher se for observado pelo inquiridor)

- ☐ Número de Úlceras de Pressão_____
- ☐ Localização UP_____
- ☐ Pé equino
- ☐ Rigidez articular
- ☐ Outro: _____

12. **Internamentos:**

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

13. **Episódios de recurso ao Serviço de Urgência**

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

14. **Consumo de medicamentos**

- ☐ Não ☐ Sim

a. **Medicação prescrita**

Prescrição	Grupos de fármacos													
	Sistema gastro intestinal	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Sistema cardiovascular	Fármacos usados em dermatologia	Sistema genitourinário	Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas	Anti-infecciosos de uso sistémico	Vitamina e sais minerais	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Sistema musculoesquelético	Sistema nervoso central	Aparelho respiratório	Antialérgicos	Outros
x: Capt opril														
1+ 0+1 +0														

b. **Nº diário de medicamentos:** ____

15. Escala de Barthel (adaptada)

15.1. Alimentação

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.
- 10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.

15.2. Higiene pessoal

- 0 Dependente.
- 5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.

15.3. Ida à casa de banho

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico.
- 10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda.

15.4. Tomar banho

- 0 Dependente.
- 5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.

15.5. Mobilidade (superfícies sem degraus)

- 0 Dependente.
- 10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.
- 15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

15.5.1. Mobilidade com cadeira de rodas

- 5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas.

15.6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)

- 0 Dependente.
- 5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.
- 10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal.
- 15 Independente em todas as fases desta actividade.

15.7. Subir ou descer as escadas

- 0 Dependente.
- 5 Necessita de ajuda ou supervisão.
- 10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.

15.8. Vestir-se e despir-se

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário.
- 10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos

15.9. Evacuar (controlo dos intestinos)

- 0 Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
- 5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).

10 Consegue controlar os intestinos.

15.10. Urinar (controlo vesical)

0 Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.

5 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.

10 Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

TOTAL: __

16. Escala de Braden (adaptada)

☐ Não aplicável

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente	

	impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
					Pontuação total

Dados do Prestador de Cuidados

17. **Idade:** ____

18. **Sexo:** ☐ Feminino ☐ Masculino

19. **Estado civil:**

☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) / Separado(a)

20. **Doença/incapacidade**

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual?

21. **Profissão**

principal:

22. **Situação Profissional:**

☐ Activo(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Doméstica/nunca trabalhou
☐ Reformado(a) ☐ Baixa

23. **Escolaridade:**

☐ Nenhum ☐ Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) ☐ Ensino secundário
☐ Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) ☐ Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) ☐ Ensino superior

24. **Relação de parentesco:**

☐ Filho(a) ☐ Esposa(o) ☐ Nora/genro
☐ Outro: _____

Situação como Prestador de Cuidados

25. **É a única pessoa a prestar cuidados?**

☐ Sim
☐ Não. Se não, quem colabora e em quê? _____

26. Há quanto tempo é prestador de cuidados?

27. Vive na mesma habitação que o seu familiar?

☐ Sim ☐ Não

28. Tem a seu cargo outras pessoas de pendentes?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem? _____

29. Já cuidou de alguém antes?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem? _____

30. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, de quem? _____

31. O seu familiar pode ficar só?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, por quanto tempo? _____

32. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se Sim, onde?

☐ Livros

☐ Internet

☐ Enfermeiro

☐ Médico

☐ Familiares

☐ Outros Prestadores de Cuidados

33. Competências na prestação de cuidados

	Conhecimentos		
	Sim	Não	Não se aplica
Autocuidado: Higiene			
Refere o material necessário para o banho (panos/esponjas, compressas, soro fisiológico, toalhas, creme hidratante, sabão, champô, roupa do familiar) e a frequência do mesmo; sabe regular a temperatura da água e gerir o ambiente. Inicia o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés; lava por último a região genital da zona mais limpa para a zona mais suja. Mantém os cuidados de higiene à boca. Corta as unhas. Faz vigilância da pele tendo em conta os sinais de alteração da integridade da pele. Promove a participação do dependente tendo em conta as suas preferências e gostos pessoais.			
Autocuidado: Vestir e Despir			
Utiliza roupas de acordo com a temperatura ambiente, optando por vestuário simples, confortável, adequado ao dependente e de acordo com as suas preferências. Ao vestir se uma extremidade está lesada, imobilizada ou se tem algum equipamento, veste em primeiro lugar. No que diz respeito ao calçado opta por sapatos com sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior.			
Autocuidado: Alimentar por Via Oral			
Proporciona ao dependente uma refeição completa, equilibrada, variável,			

de consistência adequada às características do dependente, com intervalos não superiores a 3 horas. O número total de refeições varia entre 4 e 6 refeições por dia tendo em conta as preferências do dependente. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém a posição durante mais 30 minutos após as refeições. Promove a participação e o envolvimento			
Autocuidado: Alimentar por SNG			
Refere o material necessário (seringa de alimentação, refeição, água e resguardo). Confirma o posicionamento da SNG colocando a mão no epigastro para sentir uma pequena quantidade de ar introduzida pela seringa de alimentação na sonda. Proporciona ao dependente uma refeição completa e variável bem triturada de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída. A quantidade administrada é de 300 a 400 ml por cada refeição, num total de 4 a 6 refeições por dia. Administra a refeição durante aproximadamente 20 minutos; Lava a SNG com 20 a 30 ml de água para manter a sonda permeável. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém durante mais 30 minutos após as refeições.			
Autocuidado: Uso do Sanitário			
Auxilia no uso do sanitário posicionando o dependente na sanita ou aparadeira. Respeita a privacidade e o tempo que o dependente necessita. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Autocuidado: Posicionar			
Refere o material necessário (almofadas e rolos). Posiciona o dependente de 2/2 horas ou de 3/3 horas, adaptando a frequência do posicionamento às necessidades. Mantém o alinhamento corporal. Posiciona em decúbito dorsal. Posiciona em decúbito lateral esquerdo e direito. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Autocuidado: Transferir			
Transfere da cama para o cadeirão e vice-versa. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco. Verifica o alinhamento corporal, observando o dependente de frente. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Autocuidado: Deambular			
Assiste o dependente no deambular. Planeia com o dependente as actividades a desenvolver e a distância a ser percorrida. Caminha ao lado e ligeiramente atrás da pessoa dependente. Apoia pelo lado afectado, caso a pessoa dependente possua uma parte do corpo que não movimenta. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas			
Transfere da cama para a cadeira de rodas e vice-versa. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco. Verifica o alinhamento corporal, observando o dependente de frente. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Gestão do Regime Medicamentoso			
Providencia o regime medicamentoso, mantendo o stock de medicamentos necessário às necessidades. Identifica a medicação (Nome, acção, dosagem adequada, periodicidade da administração, efeitos secundários e precauções). Administra a medicação. Promove a participação e o envolvimento do dependente.			
Prevenção de Acidentes			
Identifica factores de risco e garante um ambiente seguro. Assegura uma iluminação adequada, retira objectos desnecessários, coloca barras de apoio na casa de banho, coloca tapetes antiderrapantes, coloca grades laterais de segurança na cama articulada.			

34. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, em que áreas?

35. Tem conhecimento das estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não

36. Recorre às estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais?

37. Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?

☐ Sim ☐ Não

38. Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador?

☐ Sim ☐ Não

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)* (PC há mais de 6 meses)

Nas últimas 4 semanas:		Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional	1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
	2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
	3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?					
Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
	10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
	11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
	12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?					
	13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
	14. A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					

	15.Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
Sobrecarga financeira	16.Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
	17.Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
Reacções a exigências	18.Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	19.Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	20.Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?					
	21.Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?					
Mecanismo de eficácia e de controlo	22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
	23.Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
Suporte familiar	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
Satisfação com o papel e com o familiar	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?					
	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

☐ **Recusa**

N.º: _____

Morada:

Dados do Utente Dependente

Nome:

N.º. do processo: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Dados do Prestador de Cuidados

Nome:

Data de Nascimento: __/__/__

Contacto telefónico: _____/_____

ANEXO 8

Formulário versão experimental 2

“Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: _____

Dados da Família

1. Avaliação do tipo de família:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Família nuclear | <input type="checkbox"/> Família mono parental | <input type="checkbox"/> Família alargada |
| <input type="checkbox"/> Família unitária | <input type="checkbox"/> Família reconstituída | <input type="checkbox"/> Outras |

2. Número de membros da família: ____

3. Apoios utilizados:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apoios formais | <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Serviços sociais <div style="font-size: 4em; margin: 0 10px;">{</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> Centro de dia</div> <div><input type="checkbox"/> Lar</div> <div><input type="checkbox"/> Apoio domiciliário</div> <div><input type="checkbox"/> Outro _____</div> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Serviços de saúde <div style="font-size: 4em; margin: 0 10px;">{</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> Médicos</div> <div><input type="checkbox"/> Enfermagem</div> <div><input type="checkbox"/> Ambos</div> <div><input type="checkbox"/> Outro _____</div> </div> </div> | |
| <input type="checkbox"/> Apoios informais | <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> Familiares <div style="font-size: 4em; margin: 0 10px;">{</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> Vizinhos</div> <div><input type="checkbox"/> Amigos</div> <div><input type="checkbox"/> Outros: _____</div> </div> </div> | |
| <input type="checkbox"/> Sem apoios | | |

Dados do Utente Dependente

4. Idade: ____

5. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

6. Estado civil:

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) / União de facto | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) / Separado(a) |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--|

7. Profissão principal:

8. Escolaridade:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) | <input type="checkbox"/> Ensino secundário |
| <input type="checkbox"/> Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) | <input type="checkbox"/> Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) | <input type="checkbox"/> Ensino superior |

9. Origem da dependência:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Processo de envelhecimento | <input type="checkbox"/> Doença, Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Outra |
|---|--|--|

10. **Início da dependência:** Dias/Meses/Anos_____

11. **Complicações:** (só preencher se for observado pelo inquiridor)

- ☐ Número de Úlceras de Pressão_____
- ☐ Localização UP_____
- ☐ Pé equino
- ☐ Rigidez articular
- ☐ Outro: _____

12. **Internamentos:**

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

13. **Episódios de recurso ao Serviço de Urgência**

- ☐ Não ☐ Se Sim, quantos no último ano? ____
- Motivo: _____

14. **Consumo de medicamentos**

- ☐ Não ☐ Sim

a. Medicação prescrita

	Grupos de fármacos													
Prescrição	Sistema gastrointestinal	Sangue e órgãos hematopoiéticos	Sistema cardiovascular	Fármacos usados em dermatologia	Sistema genitourinário	Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas	Anti-infecciosos de uso sistémico	Vitamina e sais minerais	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	Sistema musculoesquelético	Sistema nervoso central	Aparelho respiratório	Antialérgicos	Outros
Ex: Captopril 1+0+1+0														

b. Nº diário de medicamentos: ____

15. Escala de Barthel (adaptada)

a. Alimentação

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.
- 10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.

b. Higiene pessoal

- 0 Dependente.
- 5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.

c. Ida à casa de banho

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico.
- 10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda.

d. Tomar banho

- 0 Dependente.
- 5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.

e. Mobilidade (superfícies sem degraus)

- 0 Dependente.
- 10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.
- 15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

i. Mobilidade com cadeira de rodas

- 5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas.

f. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)

- 0 Dependente.
- 5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.
- 10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal.
- 15 Independente em todas as fases desta actividade.

g. Subir ou descer as escadas

- 0 Dependente.
- 5 Necessita de ajuda ou supervisão.
- 10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.

h. Vestir-se e despir-se

- 0 Dependente.
- 5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário.
- 10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos

i. Evacuar (controlo dos intestinos)

- 0 Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
- 5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
- 10 Consegue controlar os intestinos.

j. Urinar (controlo vesical)

- 0 Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
 5 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
 10 Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

TOTAL: _

16. Escala de Braden (adaptada)

☐ Não aplicável

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasional-mente entre as refeições. Não requer suplementos.

Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
				Pontuação total

Dados do Prestador de Cuidados

17. Idade: ____

18. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

19. Estado civil:
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / União de facto ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) / Separado(a)

20. Doença/incapacidade
☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, qual?

21. Profissão principal:

22. Situação Profissional:
☐ Activo(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Doméstica/nunca trabalhou
☐ Reformado(a) ☐ Baixa

23. Escolaridade:
☐ Nenhum ☐ Ensino básico – 2º ciclo (6 anos) ☐ Ensino secundário
☐ Ensino básico – 1º ciclo (4 anos) ☐ Ensino básico – 3º ciclo (9 anos) ☐ Ensino superior

24. Relação de parentesco:
☐ Filho(a) ☐ Esposa(o) ☐ Nora/genro
☐ Outro: _____

Situação como Prestador de Cuidados

25. É a única pessoa a prestar cuidados?
☐ Sim
☐ Não. Se não, quem colabora e em quê?

26. Há quanto tempo é prestador de cuidados?

27. Vive na mesma habitação que o seu familiar?

☐ Sim ☐ Não

28. Tem a seu cargo outras pessoas de dependentes?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem? _____

29. Já cuidou de alguém antes?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quem? _____

30. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, de quem? _____

31. O seu familiar pode ficar só?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, por quanto tempo? _____

32. Quando tem dúvidas sobre os cuidados que o idoso dependente necessita, procura informação?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se Sim, onde?

☐ Livros

☐ Internet

☐ Enfermeiro

☐ Médico

☐ Familiares

☐ Outros Prestadores de Cuidados

33. Competências na prestação de cuidados

	Conhecimentos		
	Sim	Não	Não se aplica
Autocuidado: Higiene			
Material necessário			
Frequência do banho			
Temperatura da água e do ambiente			
Barbear			
Cuidados com a boca			
Limpar os ouvidos			
Limpar o nariz			
Cortar as unhas			
Higiene do cabelo			
Dar banho			
Material necessário para trocar fralda			
Frequência da troca de fralda			
Trocar a fralda			
Vigiar a pele do períneo			
Autocuidado: Vestir e Despir			
Material necessário			
Vestir e despir			
Calçar e descalçar			

Autocuidado: Alimentar por Via Oral			
Material necessário			
Constituição das refeições			
Hidratação Oral			
Frequência			
Posicionamento/ Local de refeições			
Alimentar			
Cuidados após alimentar			
Autocuidado: Alimentar por SNG			
Material necessário			
Constituição das refeições			
Hidratação Oral			
Posicionamento			
Confirmar posicionamento da SNG			
Alimentar por SNG			
Cuidados após alimentar			
Autocuidado: Uso do Sanitário			
Auxiliar no uso do sanitário			
Autocuidado: Posicionar			
Material necessário			
Frequência			
Posicionar em decúbito dorsal			
Posicionar em decúbito lateral esquerdo/direito			
Posicionar em decúbito semi-dorsal			
Autocuidado: Transferir			
Transferir da cama para o cadeirão e vice-versa			
Autocuidado: Deambular			
Material necessário			
Assistir o receptor de cuidados no deambular			
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas			
Transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa			
Cuidados no uso da cadeira de rodas			
Gestão do Regime Medicamentoso			
Providenciar o regime medicamentoso			
Identificar a medicação			
Administrar medicamentos			
Prevenção de Acidentes			
Identificar factores de risco			
Garantir um ambiente seguro			

34. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, em que áreas?
 m o _____

35. Tem conhecimento das estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não
 m o

36. Recorre às estruturas de apoio da comunidade?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, quais?

37. Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?

☐ Sim ☐ Não

38. Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador?

☐ Sim ☐ Não

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)* (PC há mais de 6 meses)

Nas últimas 4 semanas:		Não / Nunca	Rar amente	Às vezes	Qua se sempre	Se mpre
Sobrecarga emocional	1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
	2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
	3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?					
Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
	10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
	11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
	12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?					
	13. Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
	14. A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					
Sobrecarga financeira	15. Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
Reações a exigências	17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
	18. Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	19. Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?					

	20.Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?					
	21.Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?					
	22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
Mecanismo de eficácia e de controlo	23.Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?					
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

☐ **Recusa**

N.º: _____

Morada:

Dados do Utente Dependente

Nome:

N.º. do processo: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Dados do Prestador de Cuidados

Nome:

Data de Nascimento: __/__/__

Contacto telefónico: _____/_____

ANEXO 9

Manual de preenchimento do Formulário de Avaliação Inicial do Familiar
Cuidador - versão experimental 2

Manual de preenchimento do Formulário de Avaliação Inicial do Familiar Cuidador (versão experimental 2)

Competências na prestação de cuidados

Autocuidado: Higiene	
Material necessário para o banho	<p>O banho deve ser dado no chuveiro, na banheira ou na cama, consoante as incapacidades do receptor de cuidados. O chuveiro ou banheira deve ter um assento de plástico no interior e pegas de segurança, se tiver fundo escorregadio colocar um tapete antiderrapante adequado ao tamanho do chuveiro/banheira; Panos/esponja suaves, preferencialmente de fibras naturais; Compressas para a limpeza dos olhos; Soro fisiológico; Toalhas de material suave e que não larguem pêlo (devem ser mudadas diariamente); Creme hidratante; Sabão e champô; Roupas do receptor de cuidados que deve ser disposta por ordem de utilização; Organizar e reunir o material num local de fácil acesso e onde presta os cuidados de higiene; Escolher produtos de higiene cuja embalagem é de fácil abertura.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Frequência do banho	<p>A frequência do banho deve ser diária e o horário deve ser escolhido tendo em conta as preferências do receptor de cuidados.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Temperatura da água e do ambiente	<p>Regular a água a 36/37°C. Manter as portas e janelas fechadas para evitar correntes de ar.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Barbear	<p>Ao barbear, utilizar as giletes sempre no sentido de crescimento do pêlo, de forma a prevenir lesões; Trocar material de barbear consoante indicação do fabricante.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Cuidados com a boca	<p>Material: Solução anti-séptica e/ou dentífrico (em pequena quantidade para diminuir o risco de aspiração), espátula com compressa ou escova de dentes de cerdas macias, toalha de rosto, cuvette, copo com água, lubrificante para os lábios e sempre que possível utilizar o fio dental.</p> <p>Promover autonomia e conforto; Respeitar as preferências pessoais do receptor de cuidados; A higiene bucal deve ser realizada após cada uma das refeições com o objectivo de remover as partículas alimentares/outras entre os dentes e ao longo das superfícies de mastigação para evitar cáries e inflamações das gengivas; Posicionar o receptor de cuidados em Sims, posição lateral com a cabeça bem voltada para o lado pendente ou sentada pois ajuda a drenar as secreções da boca e a</p>

	<p>evitar a aspiração; Colocar a toalha, evita sujar a pessoa e a roupa da cama; Lavar a boca pela seguinte ordem: gengivas, superfície interna dos dentes, superfície externa dos dentes, palato, parte interna das bochechas, língua; Enxaguar a boca; Observar a cavidade oral permite determinar a eficácia da limpeza e identificar possíveis lesões; Aplicar lubrificante para os lábios previne as fissuras nos lábios e mantém-nos hidratados; As próteses dentárias devem ser limpas com a mesma frequência dos dentes naturais, com o dentífrico e escova usual e deve ser escovada fora da boca; Quando for necessário remover a prótese, esta deve ser armazenada num copo com água e num local seguro para evitar quedas; A água deve ser trocada diariamente.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; www.spemd.pt; Kozier, 1999</p>
Limpar os ouvidos	<p>Quando o cerúmen é visível, a retracção para baixo da entrada do canal auditivo pode fazer o cerúmen soltar-se; Não utilizar cotonetes, para evitar impactar o cerúmen no canal auditivo, ou a lesão do mesmo o que pode prejudicar a audição; Deve utilizar compressas torcidas ou cotonetes próprios com uma protecção mais arredondada para apenas limpar o pavilhão auricular.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Limpar o nariz	<p>Verificar a presença de secreções nasais; Se necessário, limpar as secreções com uma compressa ou um cotonete humedecidos em água ou soro fisiológico.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Cortar as unhas	<p>Se necessário, deixar a mão imersa por 3 a 5 minutos (imersão amacia a cutícula e os calos das mãos e amolece a sujidade sob as unhas); O corte recto evita a quebra das margens da unha e a formação de pontas agudas de unha que podem irritar as margens laterais; Se o receptor de cuidados tiver problemas circulatórios não cortar as unhas, apenas lima-las.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Higiene do cabelo	<p>Promove o conforto, contribui para o bem-estar e melhora a auto-imagem; Necessário respeitar os gostos pessoais, expressos pelo receptor de cuidados; A lavagem do cabelo deve ser feita no mínimo 3 vezes por semana; Molhar a cabeça do receptor de cuidados, colocar champô, massajar o couro cabeludo, retirar o champô com água e secar os cabelos; Diariamente inspeccionar o couro cabeludo e pentear; Utilizar uma escova macia; Os cabelos curtos facilitam a higiene, no entanto é imprescindível respeitar as preferências do receptor de cuidados.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Dar banho	<p>Promover a participação do receptor de cuidados e ter em conta as suas preferências; Antes de despir totalmente o idoso, verificar se a fralda está com fezes ou urina (se estiver, primeiro lavar a zona perineal); Despir totalmente o idoso (se a pessoa tiver pijama, despir em primeiro lugar a parte superior do corpo, pois assim mantém a temperatura corporal; se uma extremidade está lesada, imobilizada, ou se tem algum equipamento, despir em primeiro lugar, o lado não afectado);</p>

	<p>Transferi-lo para o chuveiro e sentá-lo no banco, não deixá-lo sozinho; Lavar e secar os olhos com compressas embebidas em água (uma vez que o sabão irrita os olhos); Lavar do canto interno para o externo evita que as secreções entrem no ducto naso lacrimal; Usar um lado diferente da compressa para lavar cada olho pois impede a propagação de microrganismos; Se apresentar secreções secas, colocar compressa humedecida, com soro fisiológico, sobre as margens das pálpebras; Consecutivamente lavar o tronco, membros superiores e membros inferiores; Por fim lavar a zona perineal; Na mulher lavar a região supra púbica, separar os grandes lábios com a mão não dominante para expor o meato uretral e o orifício vaginal, com a mão dominante lavar da região púbica em direcção ao recto, num movimento único; Sempre que seja necessário repetir este movimento tem que mudar o lado da esponja para evitar que microrganismos entrem no meato urinário; No homem lavar a região supra púbica, segurar o corpo do pénis e retraindo o prepúcio para expor a glândula, lavar a glândula e meato uretral utilizando um movimento circular do meato para fora e para baixo em direcção à raiz do pénis; Sempre que seja necessário repetir este movimento tem que mudar o lado da esponja para evitar que microrganismos entrem na uretra; Retornar o prepúcio para uma posição natural, uma vez que a retracção do prepúcio pode causar edema local e desconforto; Lavar o escroto (levantado o escroto e lavando as pregas cutâneas subjacentes); Em último lavar a região intranadegueira da região mais limpa para a mais suja; Secar cuidadosamente, em particular na zona das pregas – pescoço, axilas, zona perineal, dedos e debaixo das mamas – uma vez que o excesso de humidade causa maceração da pele.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Material necessário para trocar fralda	<p>Organizar o material que necessita num local e confirmar antes de iniciar a troca se tem todo o material necessário; Reunir o seguinte material: fralda limpa, resguardo impermeável para proteger a superfície onde vai executar o procedimento, toalhetes suaves, sem químicos (água morna e sabão para molhar o toalhete); As fraldas descartáveis são compostas por uma camada exterior impermeável à água e uma interior, absorvente.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Frequência da troca de fralda	<p>A troca da fralda e higiene do períneo deve ser feita diariamente no banho e também após a pessoa urinar e evacuar.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Trocar a fralda	<p>Retirar a fralda suja; Na mulher, lavar a região supra púbica, separar os grandes lábios com a mão não dominante para expor o meato uretral e o orifício vaginal, com a mão dominante lavar da região púbica em direcção ao recto, num movimento único, sempre que seja necessário repetir este movimento mudar de toalhete para evitar que microrganismos entrem no meato urinário; No homem, lavar a região supra púbica, segurar o corpo do pénis e retraindo o prepúcio para expor a glândula, lavar a glândula e meato uretral utilizando um movimento circular do meato para fora e para baixo em direcção à raiz do pénis, sempre que seja necessário repetir este movimento mudar de toalhete para evitar que microrganismos entrem na uretra, retornar o prepúcio para uma posição natural, uma vez que a retracção do prepúcio pode causar edema local e desconforto,</p>

	lavar o escroto (levantado o escroto e lavando as pregas cutâneas subjacentes); Em último lavar a região intranadegueira da região mais limpa para a mais suja; Secar cuidadosamente, em particular na zona das pregas uma vez que o excesso de humidade causa maceração da pele; Aplicar creme hidratante (quantidade estritamente necessária); Colocar a fralda limpa. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Vigiar a pele do períneo	Vigiar a pele da região perineal tendo em conta sinais de alterações da integridade da pele: rubor, aumento da temperatura local e presença de erupção cutânea; Conhecer as características de pele do idoso, que usa fralda, que o predispõe a alterações da integridade cutânea local: presença de dobras e rugas, nas quais existe um aumento da humidade, ambiente favorável ao crescimento microbiano e maior susceptibilidade a erosão. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Autocuidado: Vestir e despir	
Material necessário	Ter em conta as preferências do receptor de cuidados, pois isso ajuda a preservar a sua personalidade, eleva a sua auto-estima e independência; Utilizar roupas de acordo com a temperatura ambiente; O vestuário deve ser simples, confortável, adaptado ao seu tamanho, simples de vestir e despir e preferencialmente de fibras naturais como algodão; As roupas com botões, fechos de zíper e presilhas são mais difíceis de vestir, assim deve dar preferência às roupas com abertura na frente, elástico na cintura e fechos de velcro. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Despir/vestir	Despir em primeiro lugar a parte superior do corpo, pois assim mantém a temperatura corporal; Se uma extremidade está lesada, imobilizada, ou se tem algum equipamento, despir em primeiro lugar, o lado não afectado; Ao vestir, se uma extremidade está lesada, imobilizada, ou se tem algum equipamento, vestir em primeiro lugar; É necessário ter cuidado para que as roupas não fiquem dobradas ao sentar, pois aumentam o risco de úlcera de pressão. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Calçar e descalçar	Deve ser evitado o uso de chinelos sem apoio no calcanhar, uma vez que este tipo de calçado pode ficar preso em tapetes e soltar-se dos pés provocando quedas; Os sapatos devem ter a sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior, pois são mais fáceis de calçar/descalçar e menos propícios para quedas. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Autocuidado: Alimentar por via oral	
Material necessário	Refeição, prato, talheres, copo com água e resguardo. Fonte: www.spcna.pt; Kozier, 1999
Constituição das refeições	A refeição deve ser completa, equilibrada e variável, a consistência deve ser adequada às características do receptor de cuidados, nomeadamente se não tiver dentição deve ser triturada, se tiver défices na deglutição deve ser espessa para evitar

	a aspiração; não deve estar quente (para evitar queimaduras da mucosa oral) nem fria. Fonte: www.spcna.pt ; Kozier, 1999
Hidratação Oral	A hidratação deve ser programada para períodos fora das refeições e deve ser calculada com base na seguinte fórmula $1750 + 10\text{ml} \times (\text{Peso} - 31)$ por dia. Fonte: www.spcna.pt ; Potter, Elkin e Perry, 2005
Frequência	Os intervalos entre refeições não devem ser superiores a 3 horas, jejum noturno não superior a 10 horas (pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia); O número total de refeições deve ser de 4 a 6 por dia e deve ter-se em conta as preferências do receptor de cuidados. Fonte: www.spcna.pt ; Kozier, 1999
Posicionamento/ Local de Refeições	O receptor de cuidados é posicionado em fowler, fowler elevado ou semi-fowler para prevenir a aspiração do vómito; Quando o receptor de cuidados apresenta capacidades para se deslocar, preferencialmente deve fazer as refeições na cozinha/sala. Fonte: www.spcna.pt ; Kozier, 1999
Alimentar	Cortar os alimentos de grandes dimensões de modo a fraccioná-los para facilitar a mastigação ao receptor de cuidados; Utilizar preferencialmente a colher para transportar os alimentos até à boca a fim de evitar lesões; Fornecer o tempo necessário para a mastigação e deglutição; Incentivar a ingestão hídrica de uma pequena quantidade de água. Fonte: www.spcna.pt ; Kozier, 1999
Cuidados após alimentar	Manter a Pessoa em Semi-fowler durante mais 30 minutos; Salvo nas situações em que o doente deve permanecer noutra posição; Verificar se a digestão se processa normalmente; Lavar a boca (devem ser feitas lavagens orais com frequência afim de manter uma higiene adequada). Fonte: www.spcna.pt ; Kozier, 1999
Autocuidado: Alimentar por SNG	
Material necessário	Seringas de alimentação, refeição, água e resguardo. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Constituição das refeições	A refeição deve conter alimentos utilizados no dia-a-dia (refeições completas, equilibradas e variáveis), bem triturados com varinha mágica, de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída, não deve estar quente (para evitar a queimadura da mucosa gástrica) nem fria, a quantidade recomendada é de 300-400 ml por cada refeição, no total de 4 a 6 refeições por dia (pequeno almoço, meio da manhã, almoço, lanche, jantar, ceia), e deve ser administrada em aproximadamente 20 minutos (previne alterações digestivas e de absorção dos nutrientes). Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.

Hidratação Oral	A hidratação do receptor de cuidados deve ser programada para períodos fora das refeições e deve ser calculada com base na seguinte fórmula $1750 + 10\text{ml} \times (\text{Peso} - 31)$ por dia. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Posicionamento	O receptor de cuidados é posicionado em fowler, fowler elevado ou semi-fowler para prevenir a aspiração do vômito. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Confirmar o posicionamento da SNG	Clampar a SNG (dobrando a própria sonda na extremidade proximal) ainda com a tampa colocada para impedir a introdução de ar no estômago; Remover a tampa; Conectar a seringa de alimentação e desclampar; Aspirar o conteúdo gástrico (caso não se verifique refluxo de conteúdo, colocar a mão no epigastro e sentir uma pequena quantidade de ar que é introduzida pela seringa de alimentação na sonda), isto porque pode ocorrer deslocamento da sonda entre os intervalos das refeições, assim, esta actividade previne a introdução de alimentos que não no estômago; Por vezes a sonda está com os orifícios, da extremidade distal, encostados à parede gástrica impossibilitando a aspiração de conteúdo; Quando há refluxo de conteúdo se este for $> \frac{1}{2}$ da quantidade da última toma ponderar a possibilidade de reformulação do planeamento da dieta e/ou eventualmente a sua reintrodução ou rejeição tendo em conta para a decisão, um outro critério – características do aspirado (alimentos ainda em fase de digestão, hemático, biliar...); Assim, caso o conteúdo seja alimentar em fase de digestão, o prestador de cuidados deve reintroduzir e reformular a dieta, caso tenha uma característica hemática ou outras, informa o profissional de saúde e não deve reintroduzir. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Alimentar por SNG	Clampar a SNG e remover tampa; Adaptar a seringa de alimentação já com a refeição e desclampar; Administrar a dieta em aproximadamente 20 minutos; Clampar sempre que se retire a seringa; Lavar a SNG com 20-30 ml de água com o objectivo de manter a SNG permeável; Clampar a SNG; Remover a seringa; Colocar a tampa. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Cuidados após alimentar	Manter a Pessoa em Semi-fowler durante mais 30 minutos; Observar possíveis complicações, nomeadamente se há diarreia (pode estar associada a administração muito rápida); Verificar se a digestão se processa normalmente; Lavar a Boca (devem ser feitas lavagens orais com frequência afim de manter uma higiene adequada); A fixação externa da SNG deve ser mudada diariamente, com o cuidado de não deslocar a SNG, mudando constantemente o local de fixação com o objectivo de evitar feridas. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Nettina, 2007; Dochterman, Bulechek, 2008.
Auxiliar no Autocuidado: Uso do sanitário	
Auxiliar no uso do sanitário	Promover autonomia e conforto; Despir as roupas necessárias; Posicionar o receptor de cuidados na sanita ou na aparadeira; Respeitar a privacidade e o tempo necessário; Limpar períneo com a mão dominante da região púbica em direcção ao recto,

	num movimento único de modo a evitar que os microorganismos entrem no meato urinário, repetir as vezes necessárias; Ajustar a roupa; Puxar o autoclismo; Prevenir a propagação de infecções; Manter o local limpo e organizado. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Autocuidado: Posicionar	
Material necessário	Almofadas; Rolos; Tábua de pés. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Frequência	Deve ser no máximo de 2 em 2 horas, consoante o risco de úlcera de pressão a frequência de posicionamentos deve ser adaptada: se aquando dos posicionamentos a pele estiver ruborizada, deve-se cronometrar o tempo que demora a voltar às características iniciais, sendo que a frequência dos posicionamentos é o resultado da formula: $2h-2 \times \text{tempo}$ que foi cronometrado. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Posicionar em decúbito dorsal	Promover a participação e o envolvimento; Manter alinhamento corporal; Promover relaxamento e conforto; Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, reduzindo a pressão sobre as zonas de pressão; Ajustar a altura da cama (se possível) pois diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares; Centrar o corpo do receptor de cuidados com a coluna alinhada pois reduz tensão muscular; Colocar uma almofada sob a cabeça e o pescoço do receptor de cuidados de forma a reduzir a flexão lateral do pescoço e diminui a tensão sobre o músculo esternocleidomastoideu; Posicionar os membros superiores paralelamente ao corpo com cotovelos ligeiramente flectidos e antebraços em pronação; Colocar almofadas sob as mãos uma vez que mantêm as mãos em posição de função; Colocar rolos/almofadas ou sacos de areia sob a superfície lateral dos trocânteres, de forma a evitar a rotação externa da articulação coxofemural; Colocar uma pequena almofada ou rolo sob a região poplíteia e sob a região supra-calcanea para elevar os calcâneos; Colocar a tábua de pés ou almofadas macias em contacto com a região plantar pois permite manter a articulação tibiotársica alinhada e previne o pé equino. Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Posicionar em decúbito lateral esquerdo/direito	Promover a participação e o envolvimento; Manter alinhamento corporal; Promover relaxamento e conforto; Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, reduzindo a pressão sobre as zonas de pressão; Ajustar a altura da cama (se possível) pois diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares; Colocar o receptor de cuidados em dorsal e deslocá-lo para o lado oposto para o qual se pretende lateralizar, pois proporciona espaço; Cruzar a perna mais afastada sobre a mais próxima; Colocar uma mão sobre o ombro e a outra sobre a anca e rodar o receptor para o lado do PC; Colocar uma almofada sob a cabeça e o pescoço do receptor de cuidados, de forma a reduzir a flexão lateral do pescoço e diminuir a tensão sobre o músculo esternocleidomastoideu; Ajustar o posicionamento do ombro e da anca que

	<p>estão em contacto com a cama; Colocar o membro superior mais próximo da cama em abdução e rotação externa da articulação escapuloumeral e flexão do cotovelo a cerca de 90º; Colocar uma almofada sob o braço mais afastado da cama, ficando o braço ligeiramente flectido, a nível do ombro pois diminui a rotação interna e adução do ombro, protegendo a articulação; Flectir o membro inferior mais afastado da cama a 90º; Colocar almofadas sob o membro inferior mais afastado da cama de forma a ficar a nível do tronco; Colocar joelho do membro inferior mais próximo da cama ligeiramente flectido.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Posicionar em decúbito ventral	<p>Promover a participação e o envolvimento; Manter alinhamento corporal; Promover relaxamento e conforto; Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, reduzindo a pressão sobre as zonas de pressão; Ajustar a altura da cama (se possível) pois diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares; Colocar a pessoa em decúbito lateral sem apoios; Colocar uma pequena almofada sob o abdómen abaixo do nível do diafragma (se necessário) de forma a eduzir a pressão sobre as mamas de algumas mulheres, diminui a hiper-extensão das vértebras lombares e a tensão sobre a região lombar e melhora a respiração, reduzindo a pressão do colchão sobre o diafragma; Com o PC localizado no lado oposto e de frente para o receptor de cuidados, colocar o membro superior em contacto com a cama em extensão e adução; Colocar as mãos sob o ombro e a anca em contacto com a cama, puxando-os para si, deitando o receptor de cuidados sobre o abdómen; Neste movimento, o membro superior próximo à cama deverá estar paralelo ao corpo, com a palma da mão em contacto com o membro inferior, para que fique posicionado posteriormente ao corpo; Virar a cabeça do receptor de cuidados para um dos lados, apoiando-a, se necessário, com uma pequena almofada, de forma a reduzir a flexão das vértebras cervicais; Colocar membros superiores em abdução e rotação interna com o cotovelo ligeiramente flectido ou com os ombros e cotovelos flectidos; Colocar os membros inferiores em extensão com ligeira flexão dos joelhos; Apoiar as pernas com uma almofada.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Posicionar em decúbito semi-dorsal	<p>Promover a participação e o envolvimento; Manter alinhamento corporal; Promover relaxamento e conforto; Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, reduzindo a pressão sobre as zonas de pressão; Ajustar a altura da cama (se possível) pois diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares; Receptor de cuidados em decúbito lateral: Com o PC localizado no lado oposto do receptor de cuidados, colocar as mãos sobre o ombro e a anca afastados da cama, deixando descair o corpo para si, deitando o receptor de cuidados parcialmente sobre o dorso; Ou receptor de cuidados em decúbito dorsal: com o PC localizado de frente para o receptor de cuidados, colocar as mãos sob o ombro e a anca mais afastados, puxando o corpo para si, deixando o receptor de cuidados parcialmente sobre o dorso; Colocar almofada sob a região dorso-lombar do receptor de cuidados; Colocar uma almofada sob a cabeça e o pescoço do receptor de cuidados, de forma a reduzir a flexão lateral do pescoço e diminuir a tensão sobre o músculo</p>

	<p>esternocleidomastoideu; Colocar o membro superior mais afastado da cama ao longo do corpo, ligeiramente flectido; Colocar almofadas de apoio para que fique ao mesmo nível do tronco; Colocar o membro superior mais próximo da cama ao longo do corpo, com cotovelo em ligeira flexão e antebraço sobre pequena almofada; Flectir ligeiramente os membros inferiores; Colocar o membro inferior mais próximo da cama ligeiramente à frente em relação ao outro; Colocar uma almofada sob o membro inferior mais afastado da cama.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Posicionar em decúbito semi-ventral	<p>Promover a participação e o envolvimento; Manter alinhamento corporal; Promover relaxamento e conforto; Prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, reduzindo a pressão sobre as zonas de pressão; Ajustar a altura da cama (se possível) pois diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares; Colocar receptor de cuidados em decúbito lateral no lado oposto ao que pretende virar; Com o PC localizado no lado oposto e de frente para a pessoa, colocar o membro superior em contacto com a cama em extensão e adução; Colocar almofada à frente do abdómen sobre a cama; Colocar as mãos sobre o ombro e a anca mais afastados da cama, puxando-os para si, deitando o receptor de cuidados parcialmente sobre o abdómen; Colocar uma pequena almofada sob a cabeça e o pescoço do receptor de cuidados de forma a reduzir a flexão lateral do pescoço pois diminui a tensão sobre o músculo esternocleidomastoideu; Colocar o membro superior mais próximo da cama em rotação interna e abdução e o cotovelo ligeiramente flectido; Colocar uma pequena almofada sob o braço flexionado e mais afastado da cama, apoiando-o ao nível do ombro de forma a evitar a rotação interna do ombro; Flectir ligeiramente os membros inferiores, o joelho em contacto com a cama deverá ficar posicionado atrás, em relação ao outro; Colocar almofada sob o membro inferior mais afastado da cama.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Sentar o receptor de cuidados no leito com as pernas pendentes	<p>Mover o receptor de cuidados para junto do PC; Elevar a cabeceira do leito até ao ponto máximo, colocando o receptor de cuidados em posição de fowler (se possível) pois reduz a força que o PC terá de fazer para o movimento; Auxiliar ou colocar as pernas do receptor de cuidados para fora do leito; Utilizar o peso das pernas do receptor de cuidados como um contrapeso ao seu próprio segmento superior, reduzindo a força necessária para atingir a posição; Ficar de frente para a cabeceira do leito com o pé dianteiro apontado para ela e o pé mais próximo do leito apontado para a cama, mantendo um ângulo de 60 a 90 graus entre eles e uma distância de cerca de 45cm; Colocar o antebraço distal em relação ao leito sob a região escapular da pessoa e colocar o braço mais próximo do leito sobre os joelhos, de forma a distribuir a carga para prevenir a rotação da coluna do receptor de cuidados durante o movimento; Flectir os joelhos enquanto transfere o seu peso para baixo, impulsionando as pernas do receptor de cuidados para baixo e os seus ombros para cima, o que permite a utilização do peso do enfermeiro para reduzir a carga sobre o bíceps e o tríceps, durante o movimento.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>

Deslocar o receptor de cuidados no mesmo decúbito	<p>Ficar de frente para o leito e encostar um dos joelhos à cama sendo que o joelho servirá como ponto de apoio, quando o peso for transferido; Manter os pés afastados aproximadamente 45 cm, com o pé dianteiro dirigido para o lado da cama e o traseiro fazendo um ângulo de 60 a 90 graus com o dianteiro pois permite uma base larga para estabilidade; Manter o pé traseiro totalmente apoiado no chão, quando flectir os joelhos; Colocar os antebraços debaixo do receptor de cuidados, um na cabeça e região escapular e o outro na região inferior do tórax; Flectir os joelhos e deslocar o peso para a perna traseira, enquanto puxa com o bíceps e empurra o joelho de encontro ao leito uma vez que o peso corporal do PC é usado para ajudar a movimentar a pessoa e os músculos das coxas e braços criam a força; Colocar os antebraços sob a região lombar e região nadegueira da pessoa e repetir movimento; Colocar os antebraços debaixo das coxas e pernas da pessoa e repetir movimento.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Mudar o receptor de cuidados de decúbito dorsal para decúbito lateral	<p>Colocar a perna distal da pessoa sobre a proximal uma vez que reduz a fricção sobre a perna; Colocar o braço distal da pessoa sobre o tórax pois evita o deslocamento com hiperextensão do ombro; Posicionar os pés afastados cerca de 45 cm, estando o pé dianteiro voltado para a cama e o traseiro a fazer um ângulo de 60 a 90º com o dianteiro; Colocar uma das mãos sobre o ombro distal e a outra sobre a anca distal, de forma a impedir a torção da coluna durante o movimento; Flectir os joelhos e pressionar o joelho dianteiro de encontro à cama à medida que desloca o peso para a perna traseira, puxando o receptor de cuidados para o lado do PC, sendo que o peso do enfermeiro é utilizado para ajudar no movimento e a força é criada pelos músculos das coxas e braços; Ir para o outro lado do leito e dar continuidade à manobra, colocando os pés posicionados como descrito atrás, colocando os antebraços sob o ombro proximal e deslocar o peso para trás, enquanto se exerce uma pequena força puxando suavemente o ombro para estabilizar a posição da pessoa, diminuindo a tendência a rolar de volta ao decúbito dorsal.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Autocuidado: Transferir	
Transferir da cama para o cadeirão e vice-versa	<p>Promover a participação e o envolvimento do receptor de cuidados; Promover a segurança e utilizar correctamente a mecânica corporal de forma a prevenir lesões musculoesqueléticas; Ajustar altura da cama (se possível) uma vez que diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares.</p> <p>Receptores de Cuidados com alteração da força muscular num hemisfério ou num membro inferior:</p> <p>Instalar o cadeirão paralelamente à cama do lado do hemisfério com mais força muscular; Posicionar-se à frente do cadeirão, flectir membros inferiores, manter pés bem afastados, aproximadamente 45 cm, com o pé dianteiro dirigido para o lado da cama e o traseiro (mais próximo do cadeirão) fazendo um ângulo de 60 a 90 graus com o dianteiro; Apoiar o joelho da pessoa, do lado com menos força, com o joelho; Instruir o receptor de cuidados a colocar os braços sobre os ombros do PC; Os braços</p>

	<p>do PC ficam sob os braços da pessoa, de forma a apoiar a base das costas ou então colocar cinto de transferência à volta da cintura do mesmo; O PC desloca o seu peso para trás e puxa o cinto para cima, levantando a pessoa da cama; Instruir o receptor de cuidados e, à contagem de três, os dois rodam virando-se em direcção à cadeira, evitando movimentos de torção e flexão do tronco; Instruir o receptor de cuidados para se baixar e segurar nos braços do cadeirão enquanto o PC transfere o seu peso da perna de trás para a da frente, flectindo os membros inferiores para sentar a pessoa na cadeira e usa o pé para impedir que o receptor de cuidados deslize para a frente; Verificar o alinhamento corporal, observando o receptor de cuidados de frente.</p> <p>Receptores de Cuidados que não consigam fazer carga nos membros inferiores:</p> <p>Instalar o cadeirão junto à cama, sendo que a frente do cadeirão faz um ângulo de ± 30 graus com a barra lateral da cama; Posicionar-se à frente do cadeirão, voltado para o receptor de cuidados e colocar o seu braço sobre os ombros do PC, passando os braços do PC sob os braços do PC, entrelaçando as mãos, de forma a apoiar a base das costas e estabilizar o tronco; Estabilizar os joelhos da pessoa de modo a bloqueá-los e a reforçar a posição de verticalidade; Executar a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, virando o receptor de cuidados, segurando-a pela cintura, até ficar enquadrada com o cadeirão; Verificar o alinhamento corporal, observando o receptor de cuidados de frente.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Autocuidado: Deambular	
Material necessário	Cinto de deambulação; Calçado antiderrapante.
Assistir o receptor de cuidados no deambular	<p>Melhora a circulação sanguínea e ajuda a manter o funcionamento das articulações; Promove a participação e o envolvimento da pessoa; Planear com a pessoa as actividades a desenvolver e a distância a ser percorrida; Segurar no cinto de deambulação e posicionar a mão livre na área do ombro; Se não utilizar o cinto de deambulação, colocar as mãos em torno da cintura da pessoa; Caminhar ao lado e ligeiramente atrás da pessoa; Se necessário, deverá estar pronto a segurar a pessoa com as mãos em volta da cintura ou pelas braçadeiras do cinto de deambulação, caso surja subitamente a necessidade de suportar o seu peso. Agarrar um braço para suportar todo o peso da pessoa pode provocar lesões graves na articulação escápulo-umeral. Para ajudar a pessoa que possui parte do corpo que não movimenta deve apoiar pelo lado afectado.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Autocuidado: Usar cadeira de rodas	
Transferir da cama para a cadeira de rodas e vice-versa	<p>Promover a participação e o envolvimento do receptor de cuidados; Promover a segurança e utilizar correctamente a mecânica corporal de forma a prevenir lesões musculoesqueléticas; Ajustar altura da cama (se possível) uma vez que diminui o trabalho muscular no movimento, diminui a fadiga e reduz o risco de lesões musculares.</p>

	<p>Receptores de Cuidados com alteração da força muscular num hemicorpo ou num membro inferior:</p> <p>Instalar a cadeiras de costas voltadas para a cabeceira, paralelamente à cama do lado do hemicorpo com mais força muscular; Travar a cadeira; Remover o braço da cadeira de rodas do lado da cama; Remover ou afastar os pedais da cadeira de rodas; Posicionar-se à frente da cadeira, flectir membros inferiores, manter pés bem afastados, aproximadamente 45 cm, com o pé dianteiro dirigido para o lado da cama e o traseiro (mais próximo da cadeira) fazendo um ângulo de 60 a 90 graus com o dianteiro; Apoiar o joelho da pessoa, do lado com menos força, com o joelho; Instruir o receptor de cuidados a colocar os braços sobre os ombros do</p> <p>PC; Os braços do PC ficam sob os braços da pessoa, de forma a apoiar a base das costas ou então colocar cinto de transferência à volta da cintura do mesmo; O PC desloca o seu peso para trás e puxa o cinto para cima, levantando a pessoa da cama; Instruir o receptor de cuidados e, à contagem de três, os dois rodam virando-se em direcção à cadeira, evitando movimentos de torção e flexão do tronco; Instruir o receptor de cuidados para se baixar e segurar nos braços da cadeira enquanto o PC transfere o seu peso da perna de trás para a da frente, flectindo os membros inferiores para sentar a pessoa na cadeira e usa o pé para impedir que o receptor de cuidados deslize para a frente; Instalar os pedais da cadeira de rodas em posição de apoio e, ajustando-os ao receptor de cuidados (flexão 90º coxo - femoral e do joelho); Verificar o alinhamento corporal, observando o receptor de cuidados de frente.</p> <p>Receptores de Cuidados que não consigam fazer carga nos membros inferiores:</p> <p>Instalar a cadeira de rodas de costas voltadas para a cabeceira, sendo que a frente da cadeira faz um ângulo de ± 30 graus com a barra lateral da cama; Travar a cadeira; Remover o braço da cadeira de rodas do lado da cama; Remover ou afastar os pedais da cadeira de rodas; Posicionar-se à frente da cadeira, voltado para o receptor de cuidados e colocar o seu braço sobre os ombros do PC, passando os braços do PC sob os braços do PC, entrelaçando as mãos, de forma a apoiar a base das costas e estabilizar o tronco; Estabilizar os joelhos da pessoa de modo a bloqueá-los e a reforçar a posição de verticalidade; Executar a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco, virando o receptor de cuidados, segurando-a pela cintura, até ficar enquadrada com a cadeira de rodas e com a região poplíteica encostada ao assento; Instalar os pedais da cadeira de rodas em posição de apoio, ajustando-os ao indivíduo (flexão 90º coxo femoral e do joelho); Verificar o alinhamento corporal, observando o receptor de cuidados de frente.</p> <p>Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999</p>
Cuidados no uso da cadeira de rodas	<p>Assegurar a segurança, a água diminui a superfície de atrito e aumenta o risco de deslizamento, pelo que devem ser evitadas superfícies com água; Promover a participação e o envolvimento do receptor de cuidados; Aconselhar o receptor de cuidados a olhar em frente; Movimentar o receptor de cuidados de um lado para o outro na cadeira de rodas; Executar manobras em curvas, rampas e outros obstáculos numa velocidade moderada a reduzida.</p>

	Fonte: Potter, Elkin e Perry, 2005; Kozier, 1999
Gestão do regime medicamentoso	
Providenciar o regime medicamentoso	Manter o stock medicamentoso necessário, não deixando que nenhum medicamento termine e evitando, desta forma, omitir tomas de medicamentos desnecessariamente; Recorrer a ajudas externas para manter o stock medicamentoso necessário; Manter um local reservado para o armazenamento e organização do regime medicamentoso, de forma a não perder recursos. Fontes: Potter e Perry, 1999; Fischbach e Dunning III, 2005
Identificar a medicação	Manter os medicamentos nas embalagens originais para mais facilmente os identificar e controlar a data de validade; Identificar os nomes de todos os fármacos a administrar, as suas acções, as dosagens adequadas, a periodicidade das administrações, a importância de cumprimento da prescrição (duração e frequência), os efeitos secundários e as respectivas precauções; Conhecer as indicações do fabricante acerca do modo de armazenamento adequado dos medicamentos. Fontes: Potter e Perry, 1999; Fischbach e Dunning III, 2005
Administrar medicamentos	Identificar as alergias do receptor de cuidados; Reconhece que o uso de um sistema organizado previne erros e rentabiliza o tempo; Explicar ao receptor de cuidados o que vai administrar e como pois favorece a sua colaboração; Posicionar o receptor de cuidados sentado, decúbito lateral ou em pé pois facilita a deglutição e previne a aspiração do medicamento; Ao administrar os medicamentos, se o receptor de cuidados colaborar, colocar os medicamentos na mão; Administrar pó, granulado e comprimidos efervescentes imediatamente após a sua dissolução; Administrar os medicamentos líquidos, os sólidos, os comprimidos mastigáveis e sublinguais separadamente; Oferecer líquidos (preferencialmente água) para assegurar a deglutição do medicamento; Permanecer junto do receptor de cuidados até que todo o medicamento seja deglutido. Fontes: Potter e Perry, 1999; Fischbach e Dunning III, 2005
Prevenção de Acidentes	
Identificar factores de risco	Reconhece que o idoso pelas mudanças fisiológicas inerentes ao envelhecimento, toma de medicamentos, factores psicológicos e doença aguda ou crónica está em risco aumentado de acidentes tais como quedas e queimaduras; Identificar as divisões com maior risco de queda: quarto, casa de banho e cozinha. Fonte: Potter e Perry, 1999
Garantir um ambiente seguro	O local onde o receptor de cuidados mais fica deve ter apenas os móveis necessários, no entanto é importante manter alguns objectos que a pessoa mais gosta de modo a não descaracterizar totalmente o ambiente; Manter uma supervisão rigorosa de factores estruturais potenciadores de quedas, tais como escadas partidas, passeios escorregadios, iluminação inadequada, tapetes soltos e fios eléctricos descarnados; Assegurar uma iluminação adequada; Instalar degraus com uma profundidade de

	<p>22,5 cm com bordo do degrau marcada por uma cor contrastante; Retirar objectos contundentes das paredes de escadas; Instalar corrimões lisos anti-derrapantes a pelo menos 5 cm da parede, bem fixo de modo a suportar o peso do utilizador; Instalar pegas na casa de banho perto da sanita e no chuveiro; Colocar tapetes anti-derrapantes nas superfícies do chuveiro ou banheira; Fixar todas as carpetes e tapetes ou colocar superfícies anti-derrapantes nas costas dos mesmos.</p> <p>Fonte: Potter e Perry, 1999</p>
--	--

ELKIN, Martha Keene; PERRY, Anne Griffin; POTTER, Patrícia A – Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

DOCHTERMAN, Joanne McCloskey ; BULECHEK, Gloria M., co-aut - Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2008.

FISCHBACH, Frances Talaska ; DUNNING III, Marshall Barnett - Manual de enfermagem : exames laboratoriais e diagnósticos. 7ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

KOZIER, Barbara – Técnicas em enfermagem clínica. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill, 1999. Vol.1.

NETTINA, Sandra M - Prática de enfermagem - 8ª ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2007.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin – Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Vol.2.

ANEXO 10

Formulário versão 3 Final

“Projecto de Enfermagem para o Prestador de Cuidados” Formulário

N.º: _____

Dados da Família

1. Avaliação do tipo de família:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Família nuclear | <input type="checkbox"/> Família mono parental | <input type="checkbox"/> Família alargada |
| <input type="checkbox"/> Família unitária | <input type="checkbox"/> Família reconstituída | <input type="checkbox"/> Outras |

2. Pessoas que residem na habitação:

a. Número de membros da família: _____

3. Apoios utilizados no último ano:

<input type="checkbox"/> Apoios formais	{	<input type="checkbox"/> Serviços sociais	{	<input type="checkbox"/> Centro de dia <input type="checkbox"/> Lar <input type="checkbox"/> Apoio domiciliário <input type="checkbox"/> Outro _____
		<input type="checkbox"/> Serviços de saúde	{	<input type="checkbox"/> Centro de Saúde (USF; UCSP; UCE) <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> RNCCI <input type="checkbox"/> UCC <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> Apoios informais	{	<input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Vizinhos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros: _____		

Dados do Utente com Dependência

4. Idade: ____

5. Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

6. Estado civil:

<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a) / União de facto	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) / Separado(a)
--------------------------------------	---	-----------------------------------	--

7. Origem da dependência:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Processo de envelhecimento | <input type="checkbox"/> Doença, Qual ou quais? _____ |
| <input type="checkbox"/> Acidente | <input type="checkbox"/> Outra _____ |

8. Início da dependência: Ano ____/Mês ____/Dia ____

9. **Complicações:**

10. **Número de internamentos nos últimos 12 meses:** _____

Motivo: _____

11. **Número de episódios de recurso ao S.U. nos últimos 12 meses:** _____

Motivo: _____

12. **Consumo de medicamentos**

☐ Não

☐ Sim

a. Número de medicamentos diários: _____

b. Medicação prescrita

Prescrição	Grupos de fármacos													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Ex: Captopril 1+ 0+1+0			X											

Legenda:

1 - Sistema gastrointestinal

2 - Sangue e órgãos hematopoiéticos

3 - Sistema cardiovascular

4 - Fármacos usados em dermatologia

5 - Sistema génito-urinário

6 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

7 - Anti-infecciosos de uso sistémico

8 - Vitaminas e sais minerais

9 - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores

10 - Sistema músculo-esquelético

11 - Sistema nervoso central

12 - Aparelho respiratório

13 - Antialérgicos

14 - Outros

13. **Escala de Barthel (adaptada)**

13.1. **Alimentação**

0 Dependente.

5 Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc.

10 Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.

13.2. Higiene pessoal

- 0 Dependente.
5 Independente: lava a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.

13.3. Ida à casa de banho

- 0 Dependente.
5 Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico.
10 Independente: consegue ir à casa de banho sem ajuda.

13.4. Tomar banho

- 0 Dependente.
5 Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.

13.5. Mobilidade (superfícies sem degraus)

- 0 Dependente.
10 Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda.
15 Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos, etc.

13.5.1. Mobilidade com cadeira de rodas

- 5 Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas.

13.6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa)

- 0 Dependente.
5 Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de/para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda.
10 Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que seja apenas ajuda verbal.
15 Independente em todas as fases desta actividade.

13.7. Subir ou descer as escadas

- 0 Dependente.
5 Necessita de ajuda ou supervisão.
10 Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa.

13.8. Vestir-se e despir-se

- 0 Dependente.
5 Precisa de ajuda para vestir-se/despir-se e apertar qualquer peça de vestuário.
10 Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos

13.9. Evacuar (controlo dos intestinos)

- 0 Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente.
5 Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/semana).
10 Consegue controlar os intestinos.

13.10. Urinar (controlo vesical)

- 0 Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho.
5 Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou urinol em tempo útil.
10 Continente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho e permanecer seco dia e noite.

TOTAL:___

14. Escala de Braden (adaptada)

☐ Não aplicável

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.	
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.		
Pontuação total					

Dados do Prestador de Cuidados

15. Idade: ____

16. Género

☐ Feminino

☐ Masculino

17. Estado civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a) / União de
facto

☐ Viúvo(a)

☐ Divorciado(a) /
Separado(a)

18. Situação Profissional:

☐ Activo(a)

☐ Pré-reforma

☐ Reformado(a)
por idade

☐ Reformado(a)
por invalidez

☐ Desempregado(a)

☐ Doméstica/nunca
trabalhou

☐ Baixa clínica,
☐ Motivo: _____

19. Profissão Actual:

20. Escolaridade:

☐ Nenhum

☐ Ensino básico – 2º ciclo (6
anos)

☐ Ensino secundário

☐ Ensino básico – 1º ciclo (4
anos)

☐ Ensino básico – 3º ciclo (9
anos)

☐ Ensino superior

21. Relação de parentesco:

☐ Filho(a)

☐ Esposa(o)

☐ Nora/genro

☐ Outro: _____

22. Doença/incapacidade

☐ Sim

☐ Não

☐ Se sim, qual? _____

Situação como Prestador de Cuidados

23. É a única pessoa a prestar cuidados?

☐ Sim

☐ Não Se não, quem colabora e em
quê? _____

24. Há quanto tempo é prestador de cuidados?

25. Vive na mesma habitação que o seu familiar?

☐ Sim

☐ Não

☐ Esporadicamente

26. Tem a seu cargo outras pessoas?

☐ Sim

☐ Não

☐ Se sim, quem?

27. Já cuidou de alguém com dependência anteriormente?

☐ Sim

☐ Não

☐ Se sim, quem?

28. Teve algum tipo de preparação para prestar cuidados?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, de quem?

29. O seu familiar pode ficar só?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, por quanto tempo?

30. Considera que precisa de mais apoio dos profissionais de saúde?

☐ Sim ☐ Não ☐ Se sim, em que áreas?

31. Gostaria de integrar o Grupo de Ajuda a Prestadores de Cuidados?

☐ Sim ☐ Não

32. Gostaria de beneficiar da rede de voluntariado para o cuidador?

☐ Sim ☐ Não

33. Competências na prestação de cuidados

	Conhecimentos			OBS
	Sim	Não	Não se aplica	
	(√)	(X)	(NA)	
Autocuidado: Higiene				
1. Refere o material necessário para o banho (panos/esponjas, compressas, soro fisiológico, toalhas, creme hidratante, sabão, champô, roupa do familiar) e a frequência do mesmo;				
2. Sabe regular a temperatura da água e gerir o ambiente;				
3. Inicia o banho pela cabeça seguindo a ordem até aos pés; lava por último a região genital da zona mais limpa para a zona mais suja;				
4. Mantém os cuidados de higiene à boca;				
5. Corta as unhas.				
6. Faz vigilância da pele tendo em conta os sinais de alteração da integridade da pele;				
7. Executa troca da fralda referindo o material necessário e frequência da troca;				
8. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência tendo em conta as suas preferências e gostos pessoais.				
Autocuidado: Vestir e Despir				
1. Utiliza roupas de acordo com a temperatura ambiente, optando por vestuário simples, confortável, adequado à pessoa com dependência e de acordo com as suas preferências;				
2. Ao vestir se uma extremidade está lesada, imobilizada ou se tem algum equipamento, veste em primeiro lugar;				
3. No que diz respeito ao calçado opta por sapatos com sola de borracha antiderrapante e com elástico na parte superior.				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Alimentar por Via Oral				
1. Proporciona ao dependente uma refeição completa, equilibrada, variável, de consistência adequada às características da pessoa com dependência, com intervalos não superiores a 3 horas;				
2. O número total de refeições varia entre 4 e 6 refeições por dia tendo em conta as preferências da pessoa cm dependência;				
3. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições;				
4. Posiciona a pessoa com dependência em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém a posição durante mais 30				

minutos após as refeições;				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Alimentar por SNG				
1. Refere o material necessário (seringa de alimentação, refeição, água e resguardo);				
2. Confirma o posicionamento da SNG colocando a mão no epigastro para sentir uma pequena quantidade de ar introduzida pela seringa de alimentação na sonda;				
3. Aspira o conteúdo gástrico, se este for maior que ½ da quantidade da última refeição pondera a possibilidade de reformulação do plano alimentar, tendo em conta as características do conteúdo aspirado;				
4. Proporciona à pessoa com dependência uma refeição completa e variável bem triturada de modo a que passe pela sonda evitando que fique obstruída. A quantidade administrada é de 300 a 400 ml por cada refeição, num total de 4 a 6 refeições por dia;				
5. Administra a refeição durante aproximadamente 20 minutos;				
6. Lava a SNG com 20 a 30 ml de água para manter a sonda permeável;				
7. Incentiva a hidratação oral nos períodos fora das refeições. Posiciona o dependente em fowler, ou semi-fowler para prevenir a aspiração de vômito e mantém durante mais 30 minutos após as refeições.				
Autocuidado: Uso do Sanitário				
1. Auxilia no uso do sanitário posicionando a pessoa com dependência na sanita ou aparadeira;				
2. Respeita a privacidade e o tempo que a pessoa com dependência necessita;				
3. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Posicionar				
1. Refere o material necessário (almofadas e rolos);				
2. Posiciona o dependente de 2/2 horas ou de 3/3 horas, adaptando a frequência do posicionamento às necessidades;				
3. Mantém o alinhamento corporal;				
4. Posiciona em decúbito dorsal;				
5. Posiciona em decúbito lateral esquerdo e direito;				
6. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Transferir				
1. Transfere da cama para o cadeirão e vice-versa;				
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco;				
3. Verifica o alinhamento corporal, observando o dependente de frente;				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Deambular				
1. Assiste o dependente no deambular;				
2. Planeia com a pessoa com dependência as actividades a desenvolver e a distância a ser percorrida;				
3. Caminha ao lado e ligeiramente atrás da pessoa com dependência;				
4. Apoia pelo lado afectado, caso a pessoa com dependência possua uma parte do corpo que não movimenta;				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Autocuidado: Usar Cadeira de Rodas				
1. Transfere da cama para a cadeira de rodas e vice-versa;				
2. Executa a transferência, evitando movimentos de torção e flexão do tronco;				
3. Verifica o alinhamento corporal, observando a pessoa com dependência de frente;				
4. Respeita as precauções de segurança no uso da cadeira de rodas (travão, remoção do lateral da cadeira, suporte de pés);				
5. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Gestão do Regime Medicamentoso				
1. Providencia o regime medicamentoso, mantendo o stock de medicamentos necessário às necessidades;				
2. Identifica a medicação (Nome, acção, dosagem adequada, periodicidade da administração, efeitos secundários e precauções);				

3. Administra a medicação;				
4. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				
Prevenção de Acidentes				
1. Identifica factores de risco e garante um ambiente seguro;				
2. Assegura uma iluminação adequada;				
3.Retira objectos desnecessários;				
4. Coloca barras de apoio na casa de banho;				
5. Coloca tapetes antiderrapantes;				
6. Coloca grades laterais de segurança na cama articulada;				
7. Promove a autonomia e a participação da pessoa com dependência.				

Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (**QASCI**)* (PC há mais de 6 meses)

Nas últimas 4 semanas:		Não/ Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
Sobrecarga emocional	1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?					
	2. Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?					
	3. Sente-se cansado(a) e esgotado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					
	4. Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?					
Implicações na vida pessoal	5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?					
	6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?					
	7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?					
	8. Os planos que tinha feito para esta fase da sua vida têm sido alterados em virtude de estar a tomar conta do seu familiar?					
	9. Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?					
	10.Sente que a vida lhe pregou uma partida?					
	11.É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?					
	12.Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso(a)?					
	13.Evita convidar amigos para a sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?					
	14.A sua vida social, (p. ex. férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?					
	15.Sente-se só e isolado(a) por estar a cuidar do seu familiar?					

Sobrecarga Financeira	16.Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?					
	17.Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?					
Reações a exigências	18.Já se sentiu ofendido(a) e zangado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	19.Já se sentiu embaraçado(a) com o comportamento do seu familiar?					
	20.Sente que o seu familiar o(a) solicita demasiado por situações desnecessárias?					
	21.Sente-se manipulado(a) pelo seu familiar?					
	22.Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?					
Mecanismo de eficácia e de controlo	23.Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?					
	24.Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?					
	25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?					
Suporte familiar	26.A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?					
	27.Sente-se apoiado(a) pelos seus familiares?					
Satisfação com o papel e com o familiar	28.Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?					
	29.O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?					
	30.Fica satisfeito(a), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?					
	31.Sente-se mais próximo(a) do seu familiar por estar a cuidar dele?					
	32.Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima, fazendo-o(a) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?					

☐ **Recusa**

N.º: _____

Morada:

Dados do Utente com dependência

Nome:

Nº. Processo: _____

Data de Nascimento: __/__/__

Dados do Prestador de Cuidados

Nome:

Data de Nascimento: __/__/__

Contacto telefónico: _____ / _____

